FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884 | **THÈSE** | N° **196**

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 12 Avril 1884, à 1 heure

PAR ISABEL LOWRY,

Née à Stockton (Californie) (États-Unis d'Amérique),

DES

HÉMORRHAGIES INTESTINALES

DANS

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : M. HARDY, *professeur*.

Juges : MM. { BROUARDEL, *professeur*. TROISIER, QUINQUAUD, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen............ M. BÉCLARD.

Professeurs.........	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	TARNIER
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) JACCOUD. HARDY. POTAIN.
Clinique des maladies des enfants	N.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	PAJOT.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :
M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	HALLOPEAU.	PEYROT.	RIBEMONT.
BOUILLY.	HANOT.	PINARD.	RICHELOT.
BUDIN.	HANRIOT.	POUCHET	RICHET.
CAMPENON.	HENNINGER.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
	KIRMISSON.	RENDU	TROISIER.
GUÉBHARD.	LANDOUZY.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR HARDY

Médecin de l'hôpital de la Charité,
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

DES

HÉMORRHAGIES INTESTINALES

DANS

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La présence de plusieurs cas de fièvre typhoïde compliquée par les hémorrhagies intestinales, dans le service de M. le professeur Hardy, lui a fait songer à l'utilité d'investigations nouvelles sur cette complication, si importante dans le cours de la maladie. Il a eu la bienveillance de nous engager à choisir ce sujet pour notre dissertation inaugurale.

Dans cette thèse nous n'avons pas la prétention de présenter des découvertes nouvelles. Nous essayons seulement de faire une étude plus précise, plus étendue sur ce sujet et par la présentation d'un grand nombre de faits, être à même de tirer les conclusions qui seront utiles dans la connaissance pratique de cette maladie si complexe, si difficile à étudier dans ses symptômes et dans ses lésions.

Quoique peu de maladies aient été le sujet d'autant de travaux, il règne encore des doutes sur la signification de

plusieurs de ses manifestations. En feuilletant de nombreux travaux sur ce sujet, on s'aperçoit qu'une confusion notable règne sur plusieurs de ces symptômes et que des opinions diamétralement opposées ont été données par les maîtres.

Nous présenterons un nombre considérable de faits et de statistiques et ainsi nous espérons arriver aux conclusions pratiques sur un de ces phénomènes. Dans la collection des cas sur lesquels sont basées ces statistiques, nous avons, dans le but de les faire plus exactes que ne le sont beaucoup d'autres, pris seulement ceux dans lesquels l'histoire était complète dans tous ses détails et qui nous étaient accessibles. En même temps, sans ignorer la valeur des statistiques, nous croyons que leurs résultats ne sont pas toujours sans erreurs et nous partageons pleinement l'avis de M. G. de Mussy quand il déclare que, « appliquée aux faits si complexes et si ondoyants de la vie, la statistique ne donne que des approximations et des probabilités qui ont le tort d'affecter l'apparence trompeuse de vérités mathématiques. » Cependant nous présentons nos résultats tels qu'ils sont, en cherchant autant que faire se pourra à en tirer des conclusions utiles.

Que M. le professeur Hardy nous permette de lui adresser nos remerciements pour les bons conseils qu'il nous a donnés dans le cours de nos études et pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée. Nous tenons aussi à remercier M. le Dr Landouzy, agrégé de la Faculté, qui a mis à notre disposition une des observations que nous transcrivons ici, et M. le Dr Dérignac, chef de clinique, qui a facilité nos études dans le service de M. le professeur Hardy.

OBSERVATIONS.

Nous avons vu les cas suivants de cette complication. Nous prions M. le Dr Dérignac, chef de clinique de M. Hardy d'accepter nos remerciements pour son obligeance en mettant ses notes sur le I, le V et le VII à notre disposition.

Observation I.

Fièvre typhoïde. — Hémorrhagie intestinale. — Symptômes de méningite. — Mort.

La nommée Anlner, âgée de 24 ans, domestique, entrée à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Hardy, le 22 février 1884, salle Sainte-Anne, n° 2.

Antécédents héréditaires, nuls.

Antécédents personnels : La malade raconte qu'il y a deux ans elle a eu pendant près de trois mois la diarrhée et une très grosse fièvre. Elle ajoute d'elle-même que le médecin qui l'a soignée lui a reconnu une fièvre typhoïde. Elle habitait Paris depuis trois mois seulement lorsqu'elle fut prise de ces symptômes.

Jamais d'autres maladies, ni fluxion de poitrine, ni fièvres éruptives. Ordinairement bien réglée, elle a vu ses règles pour la dernière fois, il y a quatre jours, elles étaient mélangées de pertes blanches abondantes.

Il y a quinze jours elle fut prise d'étourdissements, de maux de tête, de saignements de nez. Elle eut, en outre, dans les huit premiers jours, de la diarrhée avec douleurs dans le ventre et dans le dos.

Etat actuel. — La malade est dans le décubitus dorsal, la

figure est inerte et presque sans expression. Les lèvres sont sèches. La langue humide est recouverte d'un enduit léger. Elle n'est pas rouge à la pointe. T. 39,6. P. 120.

La malade est constipée depuis deux ou trois jours. Le ventre est gros, sans taches rosées. Il n'y a que des taches pigmentaires. Pas de gargouillements. La rate n'est pas augmentée de volume. L'estomac est dilaté. L'examen de la poitrine ne donne rien d'anormal à la vue. A la percussion en avant, son normal. En arrière, à gauche et à la base, un peu de diminution de son. A l'auscultation, respiration diminuée des deux côtés, en arrière et à la base. Pas d'égophonie. Pas de râles.

La malade, quand on la fait asseoir, accuse en remuant la tête et le long des apophyses épineuses à la percussion, une douleur vive qui s'exagère dans certains mouvements et à la pression le long du rachis.

Beaucoup d'albumine et d'indican dans les urines.

M. Hardy ordonne :

Sulfate de quinine, lavement avec miel de mercuriale, limonade tartrique.

En présence de ces symptômes, de cette douleur spinale, M. Hardy émet l'hypothèse d'une méningite.

23 février. T. M. 40,2; S. 40.6.

Le 24. T. M. 40,4; S. 40,6. Vomissements alimentaires. Diarrhée.

Le 25. T. M. 39,9; S. 40°. A l'auscultation du cœur, souffle dans la région de la pointe. En outre, les battements sont faibles ainsi que le pouls.

Le 26. T. M. 39,8; S. 41°.

Le 27. Apparition d'une tache rosée sur le sein droit. T. M. 40°; S. 39,9.

Le 28. La malade, toujours dans le même état, se plaint de douleurs dans la tête et dans le cou. T. M. 39,4; S. 40.

Le 29. T. M. 39,2; S. 40,4.

A 7 heures du soir, *première hémorrhagie intestinale*; 2e, bassin plein d'une diarrhée sanglante.

1er mars. Au matin, 3e hémorrhagie intestinale. T. M. 40,2; S. 40,8.

Le 2. T. M. 40,8 ; S. 40,6.

Le 3. T. M. 39,6 ; S. 39,8. P. 108.

Délire dans la nuit des 3 et 4 mars.

Le 4. T. M. 40,6 ; S. 40,6. Surdité complète. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Ballonnemeut du veutre. Diarrhée très abondante. Dix selles en vingt-quatre heures. Rate un peu grosse. Tache méningitique. Denx vésicatoires sont appliqués aux mollets.

Le 5. T. M. 40,9 ; S. 41,4.

La malade est dans uu état adynamique très prononcé. Ne répoud plus aux questions qu'on lui pose, et malgré sa température élevée, ses extrémités sout froides. La diarrhée est toujours abondante.

Le 6. Le pouls à 130.

La température tombe à 40,1. Injection d'éther. La malade est dans nn état comateux. Elle preud le facies hippocratique. La laugue et les lèvres sont sèches, elle est tourmentée d'une soif dévorante. A uue heure du soir son pouls filiforme ne peut se compter.

La malade meurt le 7 mars, à six heures du matin.

Au moment de l'ensevelir on s'aperçoit que les linges sur lesquels elle repose sout souillés de sang provenant du tube digestif.

Observation II.

Fièvre typhoïde grave avec hémorrhagie intestinale. — Symptômes adynamiques et thoraciques. — Eschares. — Guérison.

Le uommé P... (Emile), 16 ans, marchand de volailles, entre dans le service de M. le professeur Hardy, à la Charité, salle Saint-Charles, n° 18, le 21 novembre 1883.

Malade depnis sept jours à pen près, il se plaint de bourdounements des oreilles, céphalalgie, conrbature géuérale, faiblesse, insomnie.

7e jour. T. 40,2. P. 116. Taches rosées leuticulaires.

11e jour. La température oscille entre 40° et 41°. Le malade montre les signes d'une fièvre typhoïde à forme adynamique,

avec délire, râles sibilants et sous-crépitants partout dans la poitrine, diarrhée, indican dans les urines. T. M. 39,2; S. 41°. P. 116, 120.

12e jour. T. M. 39,9 ; S. 40,4. P. 128, 120.

13e au 20e jour. Pas de changement dans l'état général. Le délire et les symptômes thoraciques persistent. T. entre 39,2 et 40,4.

21e jour. La température tombe : 38° le matin, 39,6 le soir. Pas de changement dans le pouls qui, pendant plusieurs jours, est resté entre 95 et 105 par minute.

22e jour. *Hémorrhagie intestinale* d'un litre à 1,200 grammes de sang pur. T. S. 39°. P. 100. Traitement : lavement vingt gouttes de perchlorure de fer dans un verre d'eau froide. Potion 1 gramme extrait de ratanhia.

23e jour. Amélioration marquée dans l'état du malade. T. M. 39,4; S. 40°. Pas de selles sanglantes. Délire et symptômes cérébraux amoindris.

24e jour. T. continue à baisser progressivement. 37° le matin, 39° le soir. P. 114.

25e jour. Épistaxis. L'état général est bon, mais il y a une éruption pustuleuse et furonculeuse sur les fesses et les cuisses. Trois eschares développées sur le trochanter gauche, le sacrum et une des épaules. T. 39°. P. 118.

27e au 30e jour. T. reste entre 37,4 et 38°.

31e jour. On ouvre un abcès sur le bord droit du sacrum. Eschares partout. Râles thoraciques disparus en grande partie. Appétit bon. T. 38,2.

34e jour. Mieux, demande plus à manger, est souriant, ce qui est pour M. le professeur Hardy un signe très favorable. Les eschares commencent à guérir. T. 39,6.

38e jour. Etat général toujours bon. Apparence d'une éruption de petits abcès sous-cutanés sur le dos et les fesses. Deux ouvertures.

40e au 50e jour. T. reste entre 37° et 38°. Le malade commence à se lever. A part une faiblesse considérable, il est en bon état,

57e jour. Les eschares sont presque guéries. Le malade est en pleine convalescence.

Réflexions. — L'hémorrhagie dans ce cas était précédée d'un abaissement marqué de la température de 2°. Mais l'élévation concomitante du pouls remarquée par tant d'auteurs, n'est survenue que plus tard. La température, à part un grand écart, où elle a monté, le lendemain de l'hémorrhagie à 40° pour tomher tout de suite à 37°, n'a jamais monté à son niveau primitif; mais a continué à haisser progressivement. En outre ce cas est remarquable par l'élévation du pouls. Madet (1) considère 110|à 115 pulsations, la limite pour les formes hénignes de la fièvre typhoïde qui doit guérir. Ici le pouls est monté à 120 et 128 le onzième et douzième jour et à 116 plusieurs jours après l'entérorrhagie. En tenant compte de l'amoindrissement des symptômes cérébraux et pulmonaires, nous sommes justifié en considérant cette hémorrhagie comme favorable, quoique la convalescence ait été un peu longue. Le cas était assez sérieux à cause des eschares et des complications pulmonaires, qui, suivant M. Hardy, coïncident avec des formes graves où aggravent peut-être la maladie du fait de leur apparition.

(1) Fréq. du pouls, etc., dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1883.

Observation III.

(Communiquée par M. Albert Sciaky, externe des hôpitaux. Service de M. le professeur Hardy.)

Fièvre typhoïde sans état adynamique. — Epistaxis fréquentes. — Deux hémorrhagies intestinales. — Endopéricardite. — Long stade amphibole. — Rhumatisme articulaire aigu à la fin.

Roos (Caroline), 24 ans, domestique, entrée le 6 janvier 1884, salle Sainte-Anne, n° 4:

Antécédents héréditaires. Père mort de la poitrine (?). Mère morte, au moment de la ménopause, d'une fluxion de poitrine. Frères assez bien portants. Sœurs maladives.

Antécédents personnels. Malade chlorotique, mais généralement bien portante, réglée régulièrement, mais l'écoulement ne dure qu'un jour et est pâle. Elle a été surmenée dans ces derniers temps en faisant le travail de sa sœur et le sien. Habite Paris depuis cinq ans, pendant lesquels elle n'a fait aucune maladie.

Début. Dans les derniers jours de décembre 1882, la malade s'est sentie déprimée, elle n'a cependant pas interrompu son travail. Vers le 30 décembre, la fatigue s'accentua; il survient des étourdissements qui provoquent une chute dans la rue. Bourdonnements d'oreilles, obtusion de l'ouïe, épistaxis très abondantes pendant plusieurs jours de suite. Perte complète de l'appétit. Diarrhée dès les premiers jours de la maladie. Ventre douloureux. Agitation la nuit. Rien au thorax.

6 janvier. Elle entre à l'hôpital. Température vaginale prise le soir de son entrée est 39°. P. 80.

Le 7. L'état général est assez bon, la langue est humide, collante, les lèvres sont un peu fuligineuses. Quelques taches rosées, lenticulaires, surtout à la base du thorax. Le ventre n'est pas très douloureux; gargouillement dans la fosse iliaque droite; la diarrhée persiste. A l'auscultation, un peu de congestion pulmonaire à la base du thorax (ventouse, à la région précordiale).

T. M. 39,5; S. 40,4. P. 98. Indican dans les urines. Pas d'albumine.

Le 8. Taches rosées, pas de ballonnement du ventre. Rate un peu tuméfiée. Plus de râles dans les poumons.

T. M. 39,8; S. 40,6. P. 98.

Le 9. La nuit a été agitée. Epistaxis, le sang sortait en caillots. T. M. 39,6; S. 40,5. P. 100.

Le 10. Langue humide. Moins de diarrhée. Potion : cognac, extrait de quinquina. Lavements froids. T. M. 40,4; S. 40,4. P. 100. Nuit agitée, cauchemar, toux.

Le 11. Langue humide, toux, diarrhée, râles sibilants dans la poitrine. T. M. 39,8; S. 40,2. P. 98.

Le 12. Râles sibilants à droite. Péricardite sèche, frottements péricardiques à la base. Points douloureux épigastriques et intercostaux et au bord sternal gauche. Pas de douleur au phrénique, ni de dysphagie. T. M. 39,6; S. 40,5. P. 94-100.

Le 13. Léger épanchement péricardique. Matité de 5 c. transversalement vers la pointe du cœur. Plus de frottements à la base. Bruits du cœur assez marqués. Douleurs au phrénique des deux côtés. Pas de dysphagie, mais sensation de gêne dans l'arrière-gorge. Taches rosées en pleine éruption. Diarrhée, bronchite généralisée, râles sibilants et sous-crépitants, crachats visqueux. Ventouses scarifiées à la région précordiale. T. M. 39,8; S. 40,2. P. 104, petit, serré.

Le 14. Plus d'épanchement péricardique. Souffle systolique à la pointe, légers frottements à la base. T. M. 38,4; S. 36,9. P. 88, régulier

Le 15. Points douloureux épigastriques et péricardiques. Râles sous-crépitants à gauche, crachats rouillés. Epistaxis tous les jours depuis le début. T. M. 39,6; S. 40,4. P. 104.

Le 16. T. M. 38,4; S. 40,2. P. 100. Epistaxis, diarrhée.

Le 17. Pas d'épistaxis. Congestion pulmonaire intense. Insomnie complète. Toux continuelle. T. 38,6; S. 39,6.

Le 18. Epistaxis le matin. Le soir *hémorrhagie intestinale* très abondante. Deux selles sanglantes d'environ un quart de litre de sang. Pas de sensation de froid, ni de frisson. Ventre

douloureux, glace sur le ventre, potion avec 4 grammes d'ergotine de Boujean. T. M. 38,4; S. 40°. P. 100.

Le 19. Vomissement brun rongeâtre. Râles sous-crépitants à gauche. Rien au cœur. T. 37,6. P. 76, faible.

Le 20. Plus d'entérorrhagie, ni d'épistaxis. Moins d'abattement, la température est remontée. Langue humide. Cracbats abondants mêlés de sang; râles sous-crépitants à la base gauche. T. 39,4. P. 110.

Le 21. T. M. 39,6; S. 39,4. 112, P. 104. Légère épistaxis.

Le 22. A six heures du matin nouvelle entérorrhagie de 450 grammes environ. La malade n'est pas très affaiblie. Ergotine, glace sur le ventre, perchlorure de fer, extrait de quinquina. T. M. 38,6; S. 38,5. P. 110.

Le 23. Épistaxis. Toux continuelle. Lavement avec 20 gouttes de perchlorure de fer. T. 39,4. P. 100.

24 janvier au 6 février. Etat général assez bon. T. reste entre 38;8 et 39,8.

9 février. Le soir, *selles légèrement sanguinolentes*. T. M. 39; S. 39,6.

Le 10. Quelques caillots dans les selles.

Le 12. Douleur exaspérée par la pression au niveau de l'apophyse mastoïde droite. Surdité, insomnie.

Le 21. La température haisse légèrement; grandes oscillations. Pas d'écoulement d'oreille.

Le 26. La malade mouche du pus. Constipation.

Le 28. La douleur d'oreille disparaît; l'écoulement dans les fosses nasales persiste.

3 avril. Toujours de la faiblesse. La malade se fatigue très vite.

Le 13. Douleur dans le dos et dans le genou.

Le 15. Le genou gauche est sensible, tuméfié. Insomnie, pas d'appétit.

Le 16. Tuméfaction du genou, mais la peau reste blanche. Rotule soulevée. La température locale est élevée. Souffle systolique à la pointe.

Le 17. Le genou droit devient aussi sensible et l'articulation tibio-tarsien du côté droit se prend également.

Le 20. Douleur moins vive. Sortie.

Observation IV.

Fièvre typhoïde avec entérorrhagie le 14e jour. Rechute. Guérison. (Observée dans le service de M. le professeur Hardy).

La nommée Lucie L..., âgée de 19 ans, femme de chambre, est entrée à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Hardy, le 14 novembre, 1883.

Antécédents héréditaires. Nuls.

Elle habite Paris depuis huit mois.

Etat actuel. Elle est au sixième jour de sa maladie, Elle a de la diarrrée, de la céphalalgie et de l'insomnie, qui ne remontent qu'à une semaine, au plus. Gargouillements, taches rosées lenticulaires.

Le 6e jour. T. M. 40,4. P. 120. Diarrhée.

Le 7e. T. M. 40,5; S. 40,8. P. 112. Douleur dans la fosse iliaque droite, à la pression.

Le 10e. Abaissement de la température et du pouls. T. M. 39,5; S. 39,4. P. 100-104.

Le 11e. Légère toux. Quelques râles *aux bases*, en arrière. Pas grand abattement. T. M. 39,4; S. 39,2. P. 104.

Le 12e. T. M. 39°; S. 39,6.

Le 13e. La malade, qui n'a rien en de particulier jusqu'ici, accuse une élévation de la température jusqu'à 40°, après avoir été pendant plusieurs jours entre 39° et 39,5.

Le 14e. Le matin *hémorrhagie* modérée. La nuit une autre semblable. La température ne montre d'abaissement que le lendemain 39,9. Légère élévation du pouls.

Le 15e T. M. 38,2; 38,9. L'état de la malade n'a jamais été très grave: il y a eu peu d'abattement, se sent mieux après l'hémorrhagie. Abaissement graduel de la température qui n'a jamais monté si haut qu'auparavant. Diminution de la diarrhée. Cet état dure jusqu'au 27e jour.

Le 27e Symptômes d'une rechute. Diarrhée, mal de tête, une tache rosée lenticulaire sous le sein gauche. La rate qui était retournée à son volume normal a augmenté de nouveau; gar-

gonillement, perte complète d'appétit. La température à 37,8, 38° les jonrs précédents monte maintenant à 39,8, à 40°. Mais snivant la règle dans les rechutes, cet état ne fut pas de longue durée.

Le 28e. T. M. 39° ; S. 40,2.

Le 29e T. M. 39,3 ; S. 39,8. P. 120.

Le 30e. T. M. 39° ; S. 38,6. P. 98.

Le 33e Amélioration générale. Température autour de 38°. La malade bien réglée ordinairement, n'a pas eu ses règles depuis le commencement de la maladie.

Le 40e. Convalescente. Sort de l'hôpital quelques jonrs plus tard.

Réflexions. — Dans ce cas, jamais sérieux, l'hémorrhagie a fait baisser graduellement la température qui n'a jamais monté si haut qu'auparavant, excepté au moment de la rechute. L'influence sur le pouls a été classique, il a monté le jour suivant pour s'abaisser plus tard, signe favorable (Madet). L'hémorrhagie si elle a eu quelque influence peut être considérée comme favorable.

Observation V.

(Due à l'obligeance de M. le Dr Dérignac, chef de clinique de M. le professeur Hardy).

Fièvre typhoïde. — Alcoolisme. — Hémorrhagies intestinales. Perforation. — Mort.

Jules Fran., 27 ans, tripier, entré à la Charité, service de M. Hardy, salle Saint-Charles, n° 21, le 18 février 1884.

Il habite Paris depuis 7 ans, n'a jamais eu la fièvre typhoïde ni aucune autre maladie. Présente des signes certains d'alcoolisme.

Cet homme dit éprouver depuis quinze jours de la céphalalgie, de l'inappétence, il accuse avoir une diarrhée assez intense. Il y

a buit jours, c'est-à-dire au septième, à partir du début des accidents, il a commencé à tousser, puis la céphalalgie est devenue plus intense et il a été pris de sueurs copieuses qui persistent encore lors de son entrée.

Lors de l'entrée du malade dans les salles, la face est rouge, vultueuse, couverte de sueurs, les lèvres sont animées de tremblement fibrillaire, lorsque le malade veut parler les mains présentent un tremblement petit, régulier. La langue est tremblante, sèche, rouge sur les bords.

Le ventre est un peu ballonné, douloureux à la pression au niveau de la fosse iliaque droite. Le malade accuse une diarrhée abondante, et les selles de la première nuit qu'il passe dans la salle sont liquides, copieuses et constituées presque uniquement de sang pur.

La rate est un peu douloureuse à la pression, et légèrement augmentée de volume.

Il existe une toux continuelle, sèche, quinteuse, très fréquente et pénible qui amène au dehors des crachats liquides, mousseux, aérés à la surface. Les poumons sont remplis de râles sibilants et sons-crépitants aux deux bases. Le cœur ne laisse percevoir rien d'anormal. Les urines contiennent une grande quantité d'albumine, puis un fort excès d'acide urique et de l'indican. T. M. 40° S. 40,8. P. 100.

Traitement : Potion, extrait de ratanhia 1 gr. 50. Lavements matin et soir avec XII gouttes de perchlorure de fer. Ventouses sèches sur la poitrine.

20 février. Les selles contiennent encore du sang ; les symptômes que présentait le malade la veille n'ont subi aucun amendement.

Le 21. Les selles sont noires, mais il semble que cette coloration soit due au perchlorure de fer, bien plutôt qu'à la présence du sang, néanmoins on continue les lavements au perchlorure de fer et la potion à l'extrait de ratanhia.

Le 22. Râles sibilants nombreux dans toute la poitrine. Il existe quelques râles sons-crépitants aux bases. Le malade est anhélant et sa face est couverte de sueurs profuses. Le pouls ce

jour-là augmente de fréquence, il bat 120 fois à la minute, à la visite du matin.

Le 23. Même état. T. M. 41,2 ; S. 40,6. P. 124.

Le 24. Le malade présente à la visite du matin un notable ballonnement du ventre, la pression de l'abdomen est douloureuse, il existe une dyspnée extrême, le malade meurt à 1 heure sans addition de phénomènes nouveaux.

Autopsie. — L'intestin dans la dernière portion est le siège de deux perforations ; l'une petite, du diamètre d'une lentille, l'autre plus volumineuse de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Tout au pourtour de ces perforations, il existe une péritonite assez intense, et qui fait adhérer entre elles les anses intestinales : celles-ci sont dilatées, rougeâtres. L'intestin ouvert laisse percevoir des altérations peu nombreuses, mais très avancées de fièvre typhoïde ; il existe deux plaques saillastes sur la partie culminante desquelles il existe une ulcération profonde. Sur l'une d'elles, on observe un caillot qui correspond à l'orifice d'un vaisseau ouvert. En un autre point, une ulcération a atteint la séreuse et la menace de perforation. Enfin on constate les deux perforations aperçues par la face externe ; elles ont leur grand diamètre selon l'axe de l'intestin, et en vertu de la rétraction inégale des tuniques intestinales elles offrent une grande ouverture du côté de la muqueuse ; la portion d'ulcère qui répond au péritoine est plus rétrécie.

L'*estomac* présente des points congestifs intenses.

La *rate* est grosse, diffluente.

Le *foie* gros est blanc et graisseux.

Les *reins* sont augmentés de volume, leur capsule est peu adhérente, leur substance est blanche, décolorée.

Les *poumons* sont le siège de lésions évidentes de congestion, surtout aux bases.

L'aorte contient quatre ou cinq petites plaques athéromateuses. Le cœur est gros, notablement hypertrophié, cependant son tissu est plutôt mou, facile à déchirer.

Les centres nerveux ne présentent aucune altération.

Observation VI.

(Service de M. le Dr Landouzy. Hôpital Tenon.)

Fièvre typhoïde. — Température élevée. — Hémorrhagie intestinale le 12e jour. — Pouls dicrote. — Absence d'effet sur le pouls et la température. — Myocardite. — Mort le 31e jour.

G. Poz..., 17 ans, ciseleur, est entré à l'hôpital Tenon, service de M. Landouzy, le 14 mars 1884.

Il est à Paris depuis cinq ans.

Il entre le 4 mars; il était déjà souffrant depuis huit jours.

État actuel. — On le cousidère comme au dixième jour à peu près de sa maladie. Céphalalgie permanente, étourdissement et faiblesse générale. Il a de l'insomnie (cauchemars). Malaise, langue saburrale, diarrhée, quelques taches rosées lenticulaires. Absence de douleur en pressant dans la fosse iliaque droite. Pas de ballonnement de l'abdomen. La langue est blauche. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. Il n'a pas en d'épistaxis.

L'inspection du thorax montre des difformités rachitiques (chapelet thoracique).

Cœur.— Hypertrophie légère; la pointe bat derrière la sixième côte. Souffle au premier temps. Pouls fort, 86. Thrill des vaisseaux du cou. Acide salicylique, borate de soude, ââ 1 gr.; rhum, 20 gr.

5 mars. T. M. 39,6; S. 41,1; P. 84. Il est de plus en plus abattu; il se soulève difficilement sur son lit. Sulfate de quinine, limonade vineuse, bouillou.

Le 5. T. M. 40,5; S. 41,4; P. 92. Congestiou pulmonaire des deux bases. Râles sous-crépitants nombreux. On supprime le salicylate de soude. Veutouses sèches. Abattement. Subdélirium la nuit.

Le 8. T. M. 40°; S. 40,9; P. 108. La congestion et la bronchite persistent. Il crache très peu. Très abattu; subdélirium la uuit.

Le 10. Ventouses à la poitrine. Le malade répond aux questions qu'ou lui pose. Langue rôtie; dort bieu. T. M. 40,6; S. 41,1;

P. 72. Extrait de quinquina, 2 gr.; rhum, 40 gr.; sirop d'écorces d'oranges amères, 20 gr. 50 c.; sulfate de quinine toutes les deux heures.

Le 12. *Hémorrhagie intestinale* très abondante à midi. T. M. 40,1; S. 40,6; P. 80.

Le 13. L'hémorrhagie n'a pas cessé. Vomissements. T. M. 40,5; S. 41°; P. 84-88. Selles sanglantes.

Le 14. T. 40,5; P. 88-104. Dicrotisme marqué du ponls; myocardite. Douleur avec pression au cartilage xiphoïde. Traces d'albumine dans l'urine. Sulfate de quinine.

Il y a vomissements verdâtres. Pas de douleurs abdominales. Le pouls est remarquablement dicrote.

Le 15. Il est un peu moins abattu et répond anx questions. Les vomissements ont encore lieu, mais sont rares. Ponls tonjours dicrote. Langue bonne, fraîche. T. M. 39,8: S. 40,6; P. 88. Potion salicylée.

Le matin il snrvient des attaques épileptiformes, qui durent une demi-heure environ (pâleur de la face, mouvements convulsifs des membres, etc.). Il dit que son père est sujet aux attaques de nerfs.

Le 16. Même état général. Pas de délire la nuit. Nonvel accès épileptiforme le matin. Vomissements; ponls dicrote. On a supprimé l'ergotine. Surdité depuis quelques jours. Pas d'albumine dans les urines. Mêmes signes à l'auscultation. T. 41°.

Le 17. La température s'abaisse à 39,8. Attaque épileptiforme le matin. Il est moins affaibli. La veille, il a reconnn son père. Frisson, claquement de dents. Amaigrissement notable. Mêmes signes physiques au cœur et anx ponmons. Ventouses sèches.

Le 18. La langue est un peu plus sèche qne la veille. Les râles sous-crépitants de la base tendent à devenir plus fins et plus secs; ils occupent uue étendue plus haute. T. M. 40°; S. 39,6; P. 104.

Le 20. Très abattu, il comprend difficilement quand on lui parle. Pouls faible, dicrote, 110; T. 40,6.

Le 21. Surdité complète. La pupille droite est dilatée. La langue est sèche, fuliginense, érodée sur les parties latérales. Incontinence d'nrine et des matières fécales. Albumine dans les urines. T. 40,1.

Le 22. Les mêmes symptômes persistent. Il ne répond plus, délire la nuit, il vent se lever, il chante, délire gai. T. 40,4; P. 124.

Le 24. Cet état persiste jusqu'à 4 heures du soir. Mort au 31e jour de la maladie.

Autopsie. — *Cerveau.* — Congestion intense de l'hémisphère gauche; l'hémisphère droit est encore plus congestionné Les lobes frontaux et circonvolutions pariétales ascendantes sont le siége principal de cette hyperhémie. Les coupes montrent la substance blanche aussi très vasculaire.

Poumons. — Poumon gauche. Il y a un gros foyer de broncho-pneumonie pseudo-lobaire à la partie inférieure et postérieure du lobe supérieur. Les tranches ne surnagent pas dans l'eau. Une coupe montre les bronches injectées. Il existe deux foyers distincts d'hépatisation Poumon droit. Congestion. Pas on très peu de broncho-pneumonie. Les tranches surnagent. 50 grammes d'un liquide citrin dans la plèvre gauche.

Larynx. — Commencement d'ulcération sur l'arcade gauche.

Cœur. — Sain. Pas de lésion valvulaire.

Rate. Peu d'hypertrophie. Elle est ferme et pas ramollie. Pèse 160 grammes.

Foie. — Dégénérescence graisseuse marquée, 1,500 grammes.

Reins. — Les reins sont gros, décolorés, graisseux. La capsule décortique difficilement. Les pyramides de Malpighi sont congestionnées, mais les parties corticales sont pâles, anémiques.

Intestin. — Pour 10 c. au-dessus la valvule iléo-cæcale il existe une congestion intense, telle qu'on voit les arcades comme sur une pièce anatomique injectée. Dans cette région il y a plusieurs ulcérations très profondes, s'étendant presque au péritoine. 10 on 12 centimètres plus haut il y a une autre région congestionnée d'une étendue de 5 centimètres, sur laquelle on voit deux ulcérations. Les ganglions mésentériques pres de la valvule iléo-cæcale sont très hypertrophiés.

Réflexions. — Ce cas est remarquable pour l'hyperthermie marquée qui n'a pas été amoindrie par le fait de

l'entérorrhagie. Le pouls n'a pas monté sensiblement, immédiatement après, ce qui est exceptionnel. Le dicrotisme persistant qui a suivi cet accident a montré la probabilité d'un dénouement fatal. Mais en admettant que cet accident ait été une chose à regretter, selon toute probabilité, le malade aurait succombé malgré elle, la mort étant attribuable à l'élévation thermique persistante et à l'empoisonnement intense du malade. Les lésions cérébrales étaient plus prononcées qu'ordinairement, et en rapport avec les symptômes psychiques.

Observation VII.

Fièvre typhoïde. — Entérorrhagie le 15e jour. — Pas d'abaissement de la température. — Phlegmatia alba dolens. — Guérison.

Le nommé Lambert M..., 27 ans, est entré à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, n° 4, le 13 février 1884, service de M. le professeur Hardy.

Antécédents. — Nous apprenons du malade, à son entrée à l'hôpital, qu'il habite Paris depuis quatre ans. Il y exerce une profession pénible, celle de boulanger; mais il n'a fait dans ces derniers temps aucun excès de fatigue ni de travail. Il n'a pas expérience de chagrins; son alimentation est bonne. Nous ne trouvons chez lui aucune maladie antérieure.

Depuis six jours il se sent faible, il perd la force et l'appétit, et éprouve quelques frissons; puis survient une céphalalgie violente, avec insomnie et vertiges. Toutefois à ce moment il n'eut pas d'épistaxis, et le malade, ayant eu la constipation, prit un purgatif. A partir de ce moment, il eut un peu de diarrhée.

Etat actuel. — Le malade est couché sur le dos, sans faire aucun mouvement; la figure est immobile, les lèvres sont sèches, recouvertes de squames, les narines légèrement pulvérulentes.

Système nerveux. — Le malade accuse une céphalalgie vive et continue; il se plaint de vertiges et d'éblouissements lorsqu'on le fait asseoir sur son lit; il'a des bourdonnements d'oreilles; ses forces sont diminuées, il ne peut dormir.

Système digestif. — La langue est blanchâtre et rouge sur les bords, mais pas très sèche, l'appétit nul ; le ventre est un peu saillant et sonore à la percussion. On ne trouve pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite. On aperçoit quelques rares taches rosées lenticulaires, qui disparaissent sous la pression. La diarrhée est peu abondante, mais d'une couleur jaunâtre caractéristique. Gonflement de la rate appréciable.

Appareil respiratoire. — Le malade ne tousse pas. La respiration est normale. Pas de matité à la percussion.

Système circulatoire. — Le malade n'a pas eu d'épistaxis. T. 40,1 ; P. 92, peu en rapport avec la température régulière, pas dicrote.

Urines. — Un peu d'albumine, une grande quantité d'indican. Urines très colorées, riches en urates et phosphates.

Traitement. Deux verres d'eau de Sedlitz. Lavements froids matin et soir.

16 février. Pas de délire, moins de céphalalgie, mais le malade est plus abattu. La langue est tremblante, sèche, rouge aux bords, les narines pulvérulentes. Météorisme. Eruption abondante de taches. Diarrhée peu abondante et bilieuse. Pas de gargouillements. Un peu d'albumine dans les urines. Rien du côté de la poitrine. T. M. 40° ; S. 41,2 ; P. 84-95.

Le 18. Plus de céphalalgie. T. 40°. Pas de délire.

Le 22. Dans la matinée, il y a eu une *selle sanglante* assez abondante. Malgré cette hémorrhagie, la température n'est pas abaissée. T. 40,2 ; P. 76.

Le 23. Un vomissement bilieux. Respiration abdominale et assez fréquente. Crachats légèrement teintés de sang. Légère matité à la base du poumon droit. Râles fins, presque crépitants. T. 40,1.

Le 25. Plus de diarrhée. Crachats rouillés, visqueux. Quarante ventouses sèches à la poitrine. Quinquina, 4 gr. ; rhum, 30 gr.

Dans la nuit du 25, frisson violent, suivi de sueurs abondantes. En même temps, diarrhée très abondante.

Le 27. La diarrhée continue : un peu de ballonnement et de gargouillement. Les urines contiennent beaucoup d'albumine.

Râles ronflants et sibilants dans toute la poitrine. Le malade est très abattu. T. 41,2.

3 mars. Le ballonnement du ventre persiste. Les battements du cœur sont très faibles. T. 41 ; P. 110.

Le 4. Matité prononcée à la base du poumon droit : un souffle tubaire au-dessus T. 49°.

Le 5. Un peu de délire ; soubresauts des tendons. Souffle à l'inspiration et à l'expiration. Œgophonie. Dyspnée.

Le 9. Le malade est mieux. Plus de dyspnée ; il ne crache plus. T. 38°.

Les signes du côté de la poitrine sont les mêmes. On remarque un peu d'œdème à la jambe droite.

Le 11. La matité persiste, mais le souffle a complètement disparu à la base droite. Quelques râles sibilants disséminés. L'œdème de la jambe augmente ; les veines sous-cutanées sont dilatées ; à la pression, il y a tous les signes d'une phlegmatia alba doleus.

Le 14. L'état du malade s'améliore. Quelques gros râles à la poitrine.

Le 15. Le malade entre en convalescence. L'œdème de la cuisse diminue. Il existe une petite eschare au sacrum. T. 38 ; P. 80.

Le 18. T. 37,4 ; P. 96. Le malade se lève.

Le 21. Dans la soirée, la température s'élève à 40°.

Le 24 Plus de râles dans la poitrine, ni de diarrhée. Appétit et digestion bons. Le malade est en pleine convalescence.

Réflexions. — Dans ce cas l'entérorrhagie n'a pas fait baisser la température qui est restée assez élevée pour plusieurs jours après. La pneumonie, qui s'est développée à ce temps, a probablement été la cause de cette élévation persistante. L'hémorrhagie a semblé très peu influencer le cours de la maladie. On peut la prononcer une *entérorrhagie indifférente.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Dans cette maladie on peut dire que tous les organes et tous les appareils de l'économie sont atteints : cœur, cerveau, muscles, muqueuses, viscères abdominaux, bien peu échappent aux influences nocives. Pour les passer tous en revue, il faudrait un tome entier et nous nous contenterons de laisser de côté ceux qui n'ont pas une influence directe sur le sujet de notre thèse. Nous commencerons par un aperçu de l'état du sang suivi de celui des vaisseaux, de la muqueuse intestinale et du système nerveux.

Sang. — C'est le sang qui contient le principe morbifique. D'après les recherches de Becquerel, Andral et Gavarret, Rodier, Virchow, Gautier et Quinquaud, il est profondément altéré. La fibrine est diminuée, d'où résulte une fluidité et la production facile d'hémorrhagie. Tiré pendant la vie, il se coagule moins rapidement et moins complètement, la couenne, quand elle existe, est mince, le caillot est souvent gélatineux et facilement écrasé sous le doigt. L'albumine, l'oxygène et l'urée sont diminués, l'acide carbonique est augmenté. L'hémoglobine est moins diminuée que dans les autres maladies fébriles. L'eau est augmentée. Il y a une véritable décomposition du sang qui trouble la nutrition des organes et agit spécialement sur les parois vasculaires qui deviennent friables et imbibées de sang. Chez les sujets morts au milieu de symptômes adynamiques, le sang

est tout à fait diffluent, ou, s'il y a des caillots, ils sont très petits et friables (Chomel). Cet état prédispose aux hémorrhagies comme nous le verrons plus tard. Si un processus inflammatoire quelconque (pneumonie érysipèle) vient compliquer la dothiénentérie, il y a une élévation temporaire du chiffre de la fibrine.

Les globules blancs sont augmentés. C'est la *leucocytose typhoïde* de Virchow qui pour lui serait une cause active de l'hémorrhagie. Un millimètre cube contient 60,000 globules blancs au lieu de 6 à 8,000, chiffre normal (Brouardel, Malassez et Vallin). Ceux-ci aussi constatent que cette augmentation disparaît en grande partie du premier au dixième jour. L'explication de ce fait est que la suppuration pendant ses premières phases augmente toujours les leucocytes et les diminue quand le pus se fait jour au dehors. Cette supuration a lieu dans l'intestin. Après quelque temps le chiffre des leucocytes devient normal ou à peu près.

Outre les globules rouges normaux il y en a de plus petits considérés par Virchow comme une altération des premiers. Ils sont diffluents, crénelés et adhérents les uns aux autres (MM. Coze et Feltz). Ces altérations expliqueraient leur sortie par transsudation.

La recherche des *bactéries* n'a pas été omise, bien entendu dans ces dernières années. Plusieurs microorganismes ont été trouvés. Mais jusqu'ici personne n'a le droit de dire que le vrai germe, le point de départ de la maladie ait été découvert. Comme le dit M. G. de Mussy : « on ne « saurait encore dire quel rôle ces infusoires peuvent jouer « dans l'évolution et dans les complications de la dothiénen- « térie. On ne sera en droit, je le répète d'admettre la « découverte du germe spécifique de la maladie que quand,

« par la méthode de Pasteur, on aura soumis ce germe à « l'épreuve des cultures et des inoculations. Il faudrait « encore, préalablement, trouver une espèce animale qui « pût contracter cette maladie et servir à ces expériences « d'inoculation; et c'est ce qui n'a pas encore été établi d'une « manière incontestable (1). » Jusqu'ici les germes, infusoires, microzymas trouvés sont semblables à ceux qui existent dans d'autres maladies. Nous donnons un href résumé des résultats encore atteints.

Omettons l'histoire des *cercomonas* (Lamble et Davaine), *de pénicillium crustaceum* et *rhizopus nigricans* d'Hallier, *le microphyte* de Klein (de Londres), les micrococci de Recklinghausen, Fischl, Sokoloff, Malher, Litzerich, Almquist, Tizzoni, etc. Tous ces faux espoirs de la science, mais qui sont néanmoins des étapes successives qui nous le croyons, conduiront enfin à la vérité.

MM. Tigri, Coze et Feltz, en 1872, ont découvert dans le sang, des bactéries très petites unicellulaires (bacterium punctatum) ou articulés en chaînons courts (B. catenula). Mais dans ces recherches il y a une cause d'erreur, difficile à éviter, c'est-à-dire que le sang sortant de la veine sans bactéries, peut, après quelques secondes, en contenir.

Branlecht (2) a trouvé une bactérie dans l'eau pendant une épidémie. Il constate la présence de bâtonnets, filaments et micrococci, qui, si l'eau est laissée en repos dans une température un peu élevée, forment une écume à la surface. Ils se prêtent facilement à la culture, mais la repullulation est extrêmement lente à la température ordinaire, même quand ils sont fournis avec leur propre nourriture. Mais néan-

(1) Traité théorique et pratique de la doth., 1884.
(2) Virchow. Archiv., 1881.

moins ils repullulent, quoique peu, et ce qu'il y a de plus important, c'est qu'ils retiennent toutes leurs propriétés pendant neuf mois au moins. Branlecht a aussi trouvé le micrococcus dans les urines d'un homme ayant la fièvre typhoïde.

Eberth publiait, en 1880, ses premiers travaux, et en 1883, un travail intitulé : « Der typhus Bacillus und die intestinale Infection (1), » où il décrit une série d'observations dans lesquelles il trouvait bacilli dans 11 sur 23 cas (premier essai) et dans 18 sur 40 maladies (second essai). Ceux-ci étaient sous forme de bâtonnets gros et courts, arrondis à leurs extrémités et distingués par leur moindre pouvoir d'absorption des matières colorantes. Il a examiné beaucoup d'autres cas où la mort n'était pas due à la fièvre typhoïde et n'a jamais trouvé cette bactérie. Koch, Meyer et Maravigliano confirment aussi son existence. Ils l'ont cherchée sans succès dans la tuberculose intestinale, la scarlatine et la rougeole. Eberth admet sept ou huit microbes différents dans cette maladie, entre autres des filaments (*Fäden*) découverts par un élève de Klebs et considérés par Klebs comme le parasite de la dothiénentérie. Maravigliano (de Gênes) a examiné le sang de la rate extrait par une seringue hypodermique ou provenant d'une piqûre de doigt. Il a trouvé des corps sphériques ayant l'aspect de micrococcus, et aussi en petit nombre les bacilles d'Eberth. Tous les deux diminuaient en nombre pendant la convalescence ou par l'administration de sulfate de quinine. Il a reproduit par culture des micro-organismes semblables (2).

Eberth explique le non-succès de certains investigateurs

(1) Sammlung. Klinische Vorträge.
(2) Progrès méd., 1883.

par le fait qu'une fois la maladie arrivée à son apogée, ils diminuent en nombre graduellement jusqu'à leur disparition complète. Ce bacille existe d'abord dans la muqueuse intestinale, puis dans les ganglions mésentériques, d'où il entre dans le sang pour s'accumuler, enfin dans la rate (1).

Les filaments (Fäden) ont été découverts par un éléve de Klebs, de Zurich; les bâtonnets (Stäbchen) par Eberth. Klebs a trouvé ces filaments dans les poumons des typhiques atteints de pneumonie. Il croit que les symptômes prédominants de chaque cas sont en connexion avec le développement local des organismes. A l'appui de ceci, il cite le cas intéressant où les bacilles ont été trouvés dans la pie-mère d'un malade mort le dixième jour avec prédominance des symptômes cérébraux et peu d'intensité des symptômes du côté de l'intestin. Il les a trouvés aussi dans les ulcères du larynx. Les vaisseaux de l'intestin, dans le voisinage d'une ulcération, sont quelquefois remplis et distendus par ces filaments.

Ceci résume l'état de la science jusqu'à aujourdhui, eu égard à la question du microbe de la dothiénentérie. Pour nous il n'y a pas de doute que, s'il n'a pas encore été découvert par Eberth ou par Klebs, il le sera dans l'avenir. Tous les caractères de la maladie, ses phénoménes cliniques et ses allures nous imposent la conviction que c'est une maladie microbienne. Jusqu'ici il nous semble qu'Eberth a le plus raison, mais la question est encore si obscure que les déductions tirées de pareilles données seraient prématurées.

Vaisseaux et le *cœur*. — Les péricardites ne sont pas rares (voir notre observation III), mais c'est le myocarde qui souffre plus notablement (observation VI). Le tissu du

(3) Progrès méd., 1883.

cœur est mou, flasque et dans un état de dégénération granulo-graisseuse, avec prolifération des noyaux des fibres (Hayem). Cette prolifération assure la réparation du tissu dégénéré. La tunique interne des artères est attaquée (endartérite proliférante de Hayem). Les artères et les artérioles sont quelquefois oblitérées par ce processus, d'où résultent des caillots thrombosiques avec infarctus conséquent, hémorrhagies intra-musculaires, etc. Le microscope montre facilement la dégénération des vaisseaux. Cet état diminue leur élasticité et leur résistance. L'effet de ces lésions est plutôt local et sous l'influence de l'état de la pression sanguine. On comprend facilement que leur rupture sera plus facile, aussi bien que la filtration sanguine (appelée *hémorrhagie par transsudation*) à travers des parois altérées. En d'autres termes, c'est une condition prédisposante à l'entérorrhagie.

Des vaisseaux de réparation des ulcérations avec leurs parois minces et peu résistantes se rompent facilement et donnent lieu à des hémorrhagies tardives (Leconte). Les vaisseaux des eschares sont, suivant Klebs, quelquefois remplis et distendus des filaments ci-dessus décrits.

Intestin. — Nous donnerons un bref résumé des lésions de l'intestin, dont l'anatomie pathologique est extrêmement étendue, et qui, du reste, peut être trouvée dans tous les livres de pathologie.

Ces lésions se montrent dans les glandes agminées ou isolées qui deviennent hypertrophiées ordinairement vers le quatrième jour. En même temps, il y a augmentation de vascularité aussi bien dans les glandes que dans la muqueuse. Cette hyperhémie peut aller jusqu'au suintement sanguin. Plus tard, il y a infiltration et prolifération de cellules

lymphatiques, qui suivant l'abondance résultent dans les plaques *molles* et les plaques *dures*. Ce dépôt de cellules entrave la circulation, produit de l'anémie, le sphacèle et finalement l'ulcération. Cette ulcération n'est pas inévitable; le produit, une fois constitué, peut subir la dégénérescence granulo-graisseuse et être résorbé.

L'ulcération, si elle a lieu, commence vers le neuvième jour, quoique Murchison l'ait vue chez un enfant mort le deuxième jour de la maladie, et que Guéneau de Mussy l'ait vue seulement commençant chez un malade mort le vingt et unième jour.

L'ulcération a tous les degrés de profondeur, variant depuis une simple érosion jusqu'à la perforation du péritoine. Cette lésion commence le plus souvent par la partie de l'iléon voisine du cæcum. Plus tard, les plaques supérieures sont atteintes, mais moins gravement. Il n'est pas nécessaire d'ajouter que ces ulcérations sont une des causes de l'hémorrhagie. Quoique leur siège d'élection soit l'intestin grêle, il n'est pas rare de les trouver dans le gros intestin, qui même peut devenir leur siège principal. Leudet (1) a vu une perforation du cæcum et ajoute qu'on trouve cette lésion plutôt dans les cas de convalescence accompagnée de diarrhée prolongée.

Les ulcérations diffèrent en forme, en grandeur, en profondeur et en siège. Leur forme rappelle ordinairement, plus ou moins, l'organe qu'elles ont remplacé. Au fond on aperçoit le tissu musculaire si elles sont peu profondes. A un degré de plus, on voit quelquefois les vaisseaux mésaraïques à nu, ou le péritoine. Sur ces ulcérations restent souvent les caillots, démontrant l'origine du sang.

(1) Gaz. hebdom., 1852.

L'injection de la muqueuse varie à plus haut degré suivant le sujet. Elle peut être décolorée, gris-ardoise, rose ou même rouge, vineuse ou noirâtre. Cette injection est quelquefois par plaques, par arborisations ou simplement une rougeur diffuse. La muqueuse peut être plus épaisse que normale, ce qui est dû à une infiltration séreuse, sous-muqueuse, appelée par Vogel « hydropisie fibrineuse suite d'hyperhémie capillaire ». Cet épaississement est plus marqué autour des ulcérations où glandes malades, et existe dans les cas rapidement funestes, avec localisations marquées dans l'intestin, entérite, etc.

Chomel parle d'une infiltration sanguine, sous-muqueuse de l'intestin, qui double ou triple l'épaisseur de la paroi. Il cite des cas où cet état était accompagné par les déjections alvines, sanguinolentes et d'autres où l'autopsie découvrait la présence de quelques verres d'un liquide sanguin. Quoique Chomel attachât une grande importance à cet état, il est probablement moins fréquent qu'il ne le croyait. Andral et Louis en parlent, mais n'y attachent pas grande importance.

Chez les *enfants* toutes les lésions intestinales ci-dessus décrites existent à un moindre degré. Les ulcérations sont rares, quoique moins cependant que ne le disent beaucoup d'auteurs. M. Descroizilles (1) dit qu'elles sont exceptionnelles, aussi bien que M. J. Simon. Cependant il y a des cas où on les a trouvées cicatrisées. Suivant Giraud (2), les intestins, après le dixième ou le douzième jour, tendent à la guérison, et l'inflammation disparaît du vingtième au tren-

(1) Manuel de path. et de clin. infantile.
(2) Th. de Paris, 1881.

tième jour. Thaon dit : « La plupart des formes légères se terminent trop rapidement chez l'enfant, pour ne pas admettre que l'altération des plaques est insignifiante et qu'il se fasse la résolution plutôt que l'ulcération de ces organes. » Archambault (1) croit que les ulcérations sont moins profondes chez l'enfant.

Mais les cas observés d'entérorrhagie ne manquent pas. Cayla (2) cite deux cas chez les enfants de 6 et 10 ans où l'autopsie a montré les ulcérations. Murchison a vu des perforations deux fois à l'âge de 13 et 11 ans. Thaon (3) cite le cas d'un enfant de 2 ans 1/2 avec hémorrhagies intestinales pendant plusieurs jours, suivies de mort. Cazalis cite un beau cas d'hémorrhagies multiples durant neuf jours où l'autopsie a montré trois ulcérations rondes, vers la fin de l'iléon. Nous avons entendu décrire, par le regretté M. Parrot, un cas d'hémorrhagie foudroyante chez un enfant de trois ans où il y avait plus de trois verres de sang rendus. Simon cite deux cas, à 9 et à 10 ans ; Leconte, un à 8 et un à 11 ans ; De Boyer, un à 9 ans avec ulcération jusqu'à la tunique musculaire,

Le fait de moindre étendue des lésions explique la rareté de cet accident, quoique nous le considérions moins rare que beaucoup d'observateurs, ainsi que le démontrent nos exemples. Rilliet et Barthez constatent la prédominance de plaques molles et le manque d'ulcérations profondes, aussi bien que l'apparence plus tardive des ulcérations et des hémorrhagies. Nous pouvons confirmer cette apparence tardive. Sur onze cas d'enfants, l'hémorrhagie survenait

(1) Progrès méd., 1876.
(2) Th. de Montpellier, 1874.
(3) Mouvement médical, 1872.

presque toujours après le dix-septième jour. Une fois seulement elle avait lieu le sixième jour et le sang était en petite quantité (Bez) (1). Dans presque tous les cas, elle avait lieu vers le vingtième jour. Kennedy croit que la règle est l'hémorrhagie par congestion, sans ulcération chez l'enfant.

On peut bien se demander pourquoi la malignité des localisations intestinales est si peu marquée chez l'enfant. Personne, à notre connaissance, n'a encore essayé de l'expliquer. Peut-être y a-t-il quelque différence anatomique dans la structure de l'intestin, ou dans la localisation des bacilles, ce que Klebs croit pouvoir influencer la localisation des symptômes.

Observation VIII.

(Empruntée à la thèse de Boilereau et due à M. Simon).
Hémorrhagies intestinales répétées. — Guérison.

Le jeune D..., de Neuilly, est un enfant de 10 ans, assez chétif. Arrivé au douzième jour d'une fièvre typhoïde adynamique, sans présenter de particularités intéressantes, cet enfant est pris d'une hémorrhagie intestinale qui se prolonge pendant trente-six heures. Abondante dans les premiers moments, elle diminuait petit à petit, tout en présentant des alternatives de baisse ou de hausse. Cet enfant tomba dans un abattement extrême, devint sujet à des syncopes aux moindres mouvements, son pouls était presque imperceptible, très fréquent et très mou. Les extrémités devinrent froides ainsi que le visage.

Enfin l'hémorrhagie disparaît au bout de trente-six heures pour reparaître quelques jours après, mais cette fois elle ne dura que quelques heures.

Une fois ce danger conjuré, la maladie suivit son cours régulier avec complications légères de congestion passive des deux

(1) Contemporanéité de fièvre érupt. Th. de Paris, 1877.

poumons; des fuliginosités et des sécrétions catarrhales très épaisses du côté de la cavité buccale et pharyngée.

Traitement. — Lavements froids; perchlorure de fer à l'intérieur. Limonades et aliments presque glacés; la guérison n'a été définitive qu'au bout de deux mois de maladie.

OBSERVATION IX.

(Empruntée à la thèse de Boillereau. Observée par M. Simon.)

Fièvre typhoïde. — Hémorrhagie intestinale. — Amélioration à partir de ce moment. — Convalescence au 25e jour.

La jeune A..., âgée de 9 ans, après huit à dix jours de nonchalance, de sommeil interrompu par des cauchemars, etc., est prise le 1er octobre 1877 de phénomènes de fièvre typhoïde qui se sont déroulés dans l'ordre le plus classique. Ainsi, céphalalgie, insomnie, vertiges, bruit dans les oreilles, accablement, langue rouge au bord et à la pointe, etc. Respiration rude d'abord, puis au bout de huit à dix jours, râles sibilants, peu abondants, et enfin sous-crépitants à la base. Le pouls a oscillé entre 120 et 150 pulsations; la température entre 39° et 40,5; les différences avaient lieu le matin et le soir.

Le 11 octobre. Douzième jour de la maladie, est survenue une grande agitation avec délire pendant la nuit. La figure était congestionnée, le pouls monte à 16°, oscillant. Le thermomètre à 40°.

Le 12 octobre. A 2 heures de l'après-midi, survient une hémorrhagie intestinale (l'enfant ne perdait de sang ni par le nez, ni par la gorge) si abondante qu'elle a rempli dans trois heures presque complètement un grand vase de nuit. L'hémorrhagie s'est arrêtée au bout de quatre heures.

Traitement. — Glace sur le ventre, une goutte de perchlorure de fer tous les quarts d'heure, lavement avec 10 gouttes de perchlorure de fer et immédiatement l'enfant est tombée dans l'affaissement; d'animée qu'elle était, elle devint pâle et calme, la

peau devint fraîche. Dans l'aisselle, la température tomba à 38,5, le pouls à 120.

Depuis cette époque, amélioration progressive, avec très légers paroxysmes le soir. Convalescence le vingt-cinquième jour.

Lésions du système nerveux. — Il existe une hyposthénie de tout le système nerveux, mais le processus morbide retentit plus directement sur la plexus solaire (Virchow) dont les ganglions sont ordinairement ramollis et dégénérés (Rokitanski), ou même atteints d'infiltration pigmentaire. Ces lésions entraînent une excitation des fibres terminales du sympathique avec resserrement des capillaires qu'il anime. Mais l'excitation continuant, une paralysie s'ensuit et une atonie vasculaire en est le résultat, qui facilite la transsudation du sang à travers les parois. Ceci à le même effet qu'une section. On sait que la section d'un nerf vaso-moteur amène une circulation exagérée dans la zone correspondante. La preuve de cette proposition est trouvée dans les hémorrhagies produites par modification de la pression due aux troubles nerveux (Ranvier et Vulpian); dans les métrorrhagies amenées par névralgies iléo-lombaires (Marrotte); dans les hémorrhagies des hystériques (Parrot, Lancereaux).

Nous laissons de côté les nombreux autres troubles du système cérébro-spinal, des sens, etc., comme n'ayant aucune influence au sujet de nos investigations.

La dépression de l'activité nerveuse, la diminution des actions propulsives du cœur et des vaisseaux, les stases, œdèmes, etc., sont dus à l'action du poison typhique. M. Duboué le considère comme un débilitant musculaire ou myo-paralytique.

Des hémorrhagies intestinales en général.

Variétés. — On ne peut pas classer ensemble toutes les hémorrhagies intestinales, qui peuvent survenir dans le cours de la fiévre typhoïde. Il y a hémorrhagies et hémorrhagies. Elles varient suivant : 1° leur mécanisme de production (par ulcération, par la rupture des vaisseaux, par suintement); 2° l'époque de leur apparence (précoce ou tardive) ; 3° leur quantité, qui peut étre de quelques stries ou gouttes, jusqu'à des litres ; 4° leur nombre ; 5° leur origine (muqueuse, sous-muqueuse ou musculaire (Maclagan) ; 6° suivant qu'elles sortent par l'anus, ou restent enfermées dans l'intestin (hémorrhagie externe et interne ou latente).

1° *Mécanisme.* — L'explication qu'on est disposé à donner à la première pensée du mécanisme des hémorrhagies est qu'elles sont dues aux ulcérations. Mais un examen un peu plus approfondi, montre que cet accident est beaucoup moins fréquent qu'il ne devrait l'être, en admettant ceci comme régle générale, quand on considère combien les ulcérations sont fréquentes, comparées avec le nombre des hémorrhagies. En réalité l'hémorrhagie par ulcération ne peut expliquer qu'un petit nombre de cas. Nous croyons que, dans un grand nombre de cas, l'ouverture des vaisseaux intestinaux par l'ulcération profonde est précédée d'un thrombose ou d'un travail inflammatoire qui bouche leur calibre. Nous admettons cette origine du sang dans quelques cas, mais il y en a deux autres importantes, savoir : par congestion de la muqueuse intestinale et suintement, et par effraction des vaisseaux, due au même phénomène. C'est à ce dernier

mode que sont dues beaucoup d'hémorrhagies tardives. Une congestion de la muqueuse vient et brise les vaisseaux fragiles de nouvelle formation. Il peut y avoir un mouvement fluxionnaire dans l'intestin, qui explique facilement l'hémorrhagie; ou il peut exister aussi une congestion passive quand la circulation capillaire est entravée par l'exsudat, pendant la période d'infiltration; ou cette stase locale peut être due à une atonie vasculaire qui, suivant Duboué (1), existe dans tout le système vasculaire.

Cet état explique aussi les petites extravasations que l'on rencontre dans l'épaisseur de la muqueuse, les eschares des parties déclives, les épistaxis, etc. Bouchard, dans sa thèse d'agrégation, donne à la dégénération granulo-graisseuse des vaisseaux un grand rôle dans ce phénomène, et fait de ce qui se passe dans l'intestin, quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans l'utérus pendant la menstruation. Dans ces deux cas, en effet, les vaisseaux altérés ne pouvant résister à la pression sanguine alors présente, se rompent en une multitude de points, et le sang passe à travers de nombreuses petites ouvertures microscopiques comme on le voit sur la pituitaire dans l'épistaxis. D'après cèci il se comprend facilement que la moindre congestion intestinale dans la dothiénentérie favorise l'entérorrhagie.

L'hémorrhagie passive ou suintement sanguin est ainsi produite. Elle doit être plus fréquente dans les premières périodes, avant que le travail ulcératif soit commencé, et dans les cas franchement adynamiques, où le système nerveux est épuisé. Dans l'observation XI de Rochet (2), le malade a succombé au vingtième jour d'une fièvre typhoïde adyna-

(1) De la physiol. path. de la fièvre typh., 1878.
(2) Thèse de Strasbourg, 1866.

mique. L'autopsie n'a pas montré d'ulcération, mais la première moitié de l'iléon contenait un à deux verres d'un liquide sanguinolent, épais, et la muqueuse dans cet espace était d'un rouge vif et ramollie. Chedevergne aussi donne une autopsie où la présence du sang et la muqueuse congestionée et ecchymotique lui font croire à une exhalation sanguine. Stokes (de Dublin) a également eu un cas avec mort après une hémorrhagie de trois pintes (1 litre 1/2), où l'autopsie montrait à l'iléon seulement une petite érosion. Probablement ici il y avait deux causes réunies : ulcération et congestion.

Kennedy est de l'avis que les hémorrhagies sont le plus fréquemment de cet origine, spécialement chez les enfants. Il cite comme preuve la rapide guérison qui suit fréquemment ces cas.

M. Guéneau de Mussy suggère que peut-être une thrombose d'une artère mésentérique pourrait devenir la cause d'une hémorrhagie et cite comme argument le fait que la ligature d'une artère produit les extravasations sanguines dans les régions vasculaires situées au-dessous de cette ligature.

Dans les cas vraiment dus à l'ulcération, l'autopsie montre fréquemment l'origine du sang. On trouve une ulcération couverte de petits caillots ; ou le vaisseau par lequel le sang s'échappe est béant au fond de l'ulcération et si on injecte un fluide par une des veines mésaraïques, il sortira par ce vaisseau (Jenner, Harmenyle). Mirza-Ali prétend avoir vu dans toutes les autopsies les plaques de Peyer couvertes de caillots, mais quand ils étaient détachés, il n'a jamais vu l'ouverture d'aucun vaisseau, ce qu'il explique par la grande finesse des vaisseaux intestinaux. Ceci est

vrai pour la muqueuse seulement, dont les vaisseaux seront impliqués dans les ulcérations superficielles. L'artère de l'intestin entre du côté du péritoine, se subdivise et donne des branches d'un assez gros calibre à la tunique musculaire, se ramifiant entre ses fibres transversales et longitudinales. Elle entre dans le tissu sous-muqueux, aprés avoir encore diminué et enfin les ramifications atteignent la muqueuse si atténuées que, suivant Maclagan, elles sont incapables de donner lieu à une hémorrhagie sérieuse.

Les hémorrhagies dues à l'effraction des vaisseaux peuvent avoir lieu de deux manières. La premiére est causée par la congestion dont nous avons parlé ci-dessus, et qui est aidée par la dégénérescence des parois vasculaires. La seconde est due à la même cause, mais elle l'est par la voie des petits vaisseaux de nouvelle formation qui animent le tissu cicatriciel des ulcérations en procés de réparation. Une poussée congestive peut facilement forcer ces vaisseaux. C'est à cette cause que sont dues beaucoup d'hémorrhagies tardives, celles résultant des écarts de régime et probablement le cas cité par Saint-Aubin ou l'hémorrhagie suivit un effort subit et violent. Ce fait peut être cité comme argument contre les dérangements nécessités par le traitement de Brand.

2° *Époque.* — On peut dire qu'il y a trois moments opportuns pour cette accident dans le cours de la fièvre typhoïde. Premiérement, les hémorrhagies de bonne heure venant d'une congestion intense de la muqueuse et survenant dans les premiers dix jours. Secondement, les hémorrhagies vers la troisiéme semaine, résultat des ulcérations. Troisièmement, les hémorrhagies tardives de la sixiéme à

la huitième semaine. Les hémorrhagies du premier septénaire ou même des premiers dix jours ne sont pas fréquentes. Griesinger sur 31 cas ne l'a jamais vue survenir dans la première semaine et seulement 10 fois dans la seconde. Mirza-Ali ne l'a jamais vue avant le huitième ou neuvième jour. Par contre Kennedy, de Dublin, cite une épidémie caractérisée par des hémorrhagies très précoces et très graves qui semblaient prendre leur origine autant du côlon que de l'iléon. Les plus fréquentes sont celles de la fin de la deuxième jusqu'à la fin de la troisième semaine. Trousseau cite le cas d'une femme de 64 ans, morte le septième jour d'une hémorrhagie foudroyante, et Leudet parle d'un homme âgé de 59 ans présentant cette accident le onzième jour. Leconte (1) l'a vue arriver le douzième et le dixième jour, et Chedevergne (2) deux fois le cinquième jour dans des cas fatals chez des jeunes gens. Le même auteur l'a vue le neuvième, le douzième et le quatorzième jour, Rochet (3), le huitième et le neuvième jour, Mirza-Ali deux fois le cinquième jour et Millon une fois. Duhuclet (4) cite 23 cas d'entérorrhagie dans les dix premiers jours de la maladie avec seulement trois décès. De ces observations nous verrons que les hémorrhagies intestinales viennent assez rarement pendant la première semaine et plus fréquemment dans la deuxième. Sur 89 cas de notre tableau, nous trouvons 10 cas dans les premiers 8 jours avec 6 morts. Dans la deuxième semaine 34 cas avec 13 morts. L'âge ne semble avoir aucune influence. Les morts dans les cas observés

(1) Th. de Paris, 1881.
(2) Th. de Paris, 1864.
(3) Th. de Strasbourg, 1866.
(4) Th. de Paris, 1872.

par nous sont plus fréquentes dans la première semaine que dans la plupart des statistiques données, celles de Dubuclet par exemple. Les hémorrhagies répétées et abondantes *précoces* indiquent une fièvre grave accompagnée de sang dissous et d'une fragilité extrême des vaisseaux.

Une chose qui nous a frappée et que nous n'avons vue signalée par aucun auteur est que, dans les hémorrhagies des rechutes elles ont lieu souvent de bonne heure. M. le professeur Hardy croit que les rechutes ont toujours une marche plus rapide que les premières attaques. Mais ces hémorrhagies sont probablement dues à l'action de la congestion nouvelle sur les tissus de réparation dans l'intestin. Laporte (1) cite le cas d'un homme âgé de 42 ans, qui au dixième jour d'une rechute eut deux hémorrhagies abondantes. Mirza-Ali a vu le même phénomène chez une femme qui, ayant perdu un demi-litre de sang au cinquième jour d'une rechute, guérit néanmoins. Bez (2) l'a vu le cinquième jour aussi, Leconte dans les premiers jours d'une rechute, Raymond et Dérignac le onzième jour. Nous citons un cas de Leconte dans les premiers jours d'une rechute.

Observation X.

(Empruntée à la thèse de M. Leconte.)

Fièvre typhoïde. — Hémorrhagie intestinale. — Guérison. — Fièvre typhoïde à rechutes.

Le nommé B... (Henri), de Gamaches, âgé de 35 ans environ, comptable, d'habitudes régulières, mais d'une faible santé, contracte la fièvre typhoïde dans le courant de 1866.

(1) Th. de Paris, 1882.

(2) Contemporanéité des fièvres érupt., etc. Th. de Paris, 1877.

La maladie parcourt ses périodes sans incidents notables, si ce n'est un peu de subdelirium la nuit, jusqu'au quarante-cinquième jour, époque où le malade paraît entrer en convalescence; mais le mieux ne se maintient pas, au bout de quelques jours, la fièvre se rallume et une hémorrhagie intestinale légère apparaît dans les premiers jours de la rechute. Dans ce cas, elle n'eut aucune influence sur la marche de l'affection, car la défervescence définitive n'eut lieu que vers le trentième jour.

Nous croyons que dans ces cas l'action de la nouvelle congestion sur les vaisseaux dégénérés et sur ceux de nouvelle formation, friables aussi, explique leur fréquence. Leur effet dépend des forces du malade.

De toutes les entérorrhagies, les trois quarts surviennent dans la troisième et la quatrième semaine (Murchison). Nos statistiques et nos observations le confirment.

Celles de la dernière période sont rares, exceptionnelles, suivant Hutinel (Th. d'agrégat., 1883). Après la quatrième semaine, nous trouvons seulement 6 cas, dont un a été observé par nous et où en outre les hémorrhagies abondantes le vingtième et vingt-quatrième jour, il y eut le quarante et unième et quarante-deuxième jour des selles sanglantes et des caillots. Cependant ces pertes étaient trop légères pour avoir quelque importance dans l'histoire de la maladie. Mirza-Ali cite des hémorrhagies abondantes et fétides dans la sixième semaine d'un fièvre typhoïde adynamique sans hémorrhagies précédentes. Nous empruntons du même auteur l'observation suivante au trente et unième et trente-cinquième jour.

Observation XI.

(Empruntée de la thèse de Dr Mirza-Ali, abrégée).
Fièvre typhoïde. — Hémorrhagies intestinales. — Guérison.

L... (Paul), 34 ans, entré le 15 octobre 1874 à l'Hôpital temporaire, salle Sainte-Anne, nº 23, dans le service de M. Lépine. Malade depuis une douzaine de jours. Impossible d'obtenir de lui aucun autre renseignement. Parole rapide et saccadée, un peu de délire, la peau est chaude, légèrement sudorale, la langue rouge à la pointe et sur les bords, un peu sèche sur la face dorsale. P. 88. T. R. 38,4. Diarrhée. Une dizaine de taches rosées, lenticulaires sur l'abdomen et une douzaine sur la face antérieure des cuisses et des jambes. Toux légère, un peu de dyspnée ; crachats aérés abondants, et râles sibilants et ronflants disséminés dans toute l'étendue des deux poumons.

17 octobre. T. R. 38,3. P. 60. La nuit délire violent. Diarrhée abondante.

Le 18. T. 39°. P. 88. Délire moins marqué. Sulfate de quinine, 2 grammes en lavement.

Le 19. Pas de selles depuis hier. Calme. Sulfate de quinine, extrait de quinquina, alcool. T. 38,6. P. 88.

Le 20. T. 38,2.

Le 21. T. 38,3. Va mieux.

Le 22. T. 39,2. Une seule selle hier.

Le 23. T. 39,2. Malgré cette élévation de température, l'état général reste bon. Sulfate de quinine 2 grammes.

Le 24. T. 38°. Mieux, mais la diarrhée persiste.

Le 25. T. 38,8. P. 90. Diarrhée abondante, délire.

Le 26. T. 39,4. P. 18. Même état.

Le 27. Calme. P. 80. T. A. 38,6.

Le 28. T. 38,8. P. 18. État général bon.

Le 30. T. 37,4. P. 68. Supprime sulfate de quinine.

Le 31. T. 37,2.

1er novembre. T. 37,2.

Le 2. T. 37,4.

Le 5. Plusieurs eschares. La diarrhée persiste.

Le 15. Ce matin, à 5 heures, le malade s'est réveillé avec quelques coliques peu violentes. Il a fait une selle très abondante, constituée de sang presque pur, et de 5 à 10 heures deux autres selles également abondantes et sanguinolentes. L'hémorrhagie apparue si tardivement ne s'est pas accompagnée de symptômes bien graves. Il se trouve cependant faible; pas de vertiges, ni d'étourdissements ; n'a plus de coliques.

Pouls large, dicrote depuis longtemps, un peu mou. P. 104. T. R. 37.

Le 16. A rendu quelques matières poisseuses.

Le 17. Bon état. Quelques selles liquides à peine poisseuses, mais non sanguinolentes.

Le 18. A 5 heures du soir, une nouvelle hémorrhagie, selle constituée par du sang presque pur. Depuis 5 heures jusqu'au matin du 19, deux selles sanguines contenant une quantité peu notable de sang. Le malade pas affaibli. Rhum, ergotine.

25 décembre. Sorti guéri, mais très faible.

On comprend facilement que dans l'état de la muqueuse à cette période de la maladie une congestion, une irritation quelconque peut occasionner une hémorrhagie. Comme le malade est déjà débilité, elles ajoutent à cette faiblesse et si elles ne sont pas fatales, elles doivent retarder la guérison, comme dans le cas que nous venons de citer.

3° *Quantité.* — La quantité oscille de quelques stries, aux hémorrhagies foudroyantes allant jusqu'aux litres. Il nous semble que celles produites par congestion peuvent être aussi abondantes que celles résultant des ulcérations. Mais Maclagan (The Lancet, 1873) croit qu'une grande hémorrhagie d'origine muqueuse ou sous-muqueuse est presque impossible à cause de la petitesse des vaisseaux. Mais il y a de nombreux faits qui viennent à l'appui de notre raisonnement, et parmi beaucoup d'autres l'Obs. XI

de Rochet (1), où après une hémorrhagie considérable l'autopsie n'a pas montré d'ulcération.

Les hémorrhagies des cas malins où le sang est dissous sont ordinairement très abondantes. Les hémorrhagies les plus abondantes que nous ayons trouvées sont au nombre de deux citées par Darène (2) où chaque malade en avait perdu 2 litres, et un troisième cas où 1,350 grammes de sang s'étaient écoulés. Haydn (3) a vu une malade perdre 3 pintes (1,500 grammes) de sang. Tous ces cas furent suivis de mort, excepté un des cas de Darène où la transfusion du sang fut employée.

4° *Nombre*. — Quoique pour beaucoup de cas il n'y ait qu'une hémorrhagie, les choses ne se passent pas ordinairement ainsi. Souvent il y a des selles sanglantes pendant plusieurs jours de suite, mais ceci résulte probablement d'une seule hémorrhagie qui est restée en partie dans l'intestin et s'est rendue plus tard dans les selles. Cazalis cite deux cas de ce genre où la perte de sang a duré quatre à cinq jours de suite. Il n'est pas rare qu'une hémorrhagie tardive ait été précédée plusieurs semaines avant d'une perte de sang (Murchison). Quelquefois elles viennent par crises successives dans les intervalles desquelles les selles cessent d'être sanglantes (G. de Mussy), voir obs. III de notre thèse. Quelquefois l'intervalle est moins long (obs. II).

Chedevergne a vu une énorme hémorrhagie suivie de cinq ou six moindres dans les jours suivants avec mort quel-

(1) Rochet. Th. de Strasbourg, 1866.

(2) Etude sur la transfusion du sang à la suite des hém. int., etc. Th. de Paris, 1882.

(3) Dublin Journal of med. sc., 1874.

ques jours plus tard. L'avis de beaucoup d'auteurs est que quand une hémorrhagie n'a pas été mortelle d'emblée elle se reproduit plus tard.

Les hémorrhagies adondantes dénotent un état du sang profondément altéré, cet état de diffluence qui le rapproche de la fièvre jaune. On peut dire qu'en général les hémorrhagies qui se répètent coup sur coup sont suivies de mort. A ce propos nous citerons l'observation suivante de Rochet.

Observation XII.

(Empruntée à la thèse de Rochet, abrégée.)

Le malade avait eu, le septième jour à peu près de sa maladie, cinq selles liquides fortement sanguines. L'entérorrhagie avait été précédée d'une élévation de la température qui de 38° était montée à 40°.

8e jour. Trois selles avec un peu de sang. T. 38°.
10e — Deux selles sanglantes le matin, cinq le soir.
11e — Selles parfaitement sanguinolentes.
12e — Cinq selles sanglantes suivies d'une grande faiblesse. T. 38°.
13e — Deux selles sanglantes.
14e — Une selle sanglante.
18e — Beaucoup de sang.
19e — Encore des selles sanglantes.

Jusqu'au 34e jour l'état général était moins grave, et la convalescence s'établit, mais lentement. Le 48e jour développa un érysipèle qui emporta le malade le 59e jour, après avoir envahi tout le tronc. Le malade se serait remis sans cette complication.

Comme règle ordinaire nous admettons qu'il y a une seule hémorrhagie ou des poussées consécutives pendant plusieurs jours de suite. Ceci résulte de ce que le sang continue

à couler deux ou trois jours par l'artère corrodée ou que l'intestin prend ce temps pour expulser le sang épanché dans sa cavité. Dans le dernier cas le sang diminue graduellement en quantité et change de couleur par l'action des sucs digestifs. Suivant nos statistiques les hémorrhagies se répétant à des intervalles prolongés sont tout à fait exceptionnelles.

5° *Origine.* — Les entérorrhagies, suivant Maclagan, sont d'une origine muqueuse, sous-muqueuse ou musculaire. De ce qui a été dit ci-dessus, nous croyons que l'origine muqueuse est la plus fréquente. Et ceci comprend toutes les hémorrhagies par congestion, par ulcération superficielle et celles qui viennent des tissus de réparation. Toute hémorrhagie avant la période d'ulcération a forcément cette origine. Il est facile de prévoir que celles d'origine sous-muqueuse et musculaire viennent en ordre de fréquence et dépendent entièrement de la profondeur du travail ulcéreux. Maclagan considère toutes ces dernières comme sérieuses. (The Lancet, 1873.)

6° La plupart des hémorrhagies intestinales de la fièvre typhoïde sont des hémorrhagies *externes*, c'est-à-dire que le sang s'échappe par l'anus. Mais il y a des cas, comme le prouvent les autopsies, où le sang reste enfermé dans l'intestin. Ceux-là sont les cas d'hémorrhagie *latente* ou *interne*. L'autopsie montre ce sang fluide ou en caillots, souvent d'une consistance de gelée. Lorsqu'il séjourne longtemps dans l'intestin, il peut s'y putréfier, devenir horriblement fétide et empoisonner l'organisme. Ceci est plus dangereux si, en même temps, l'intestin est paralysé. Andral cite deux cas d'hémorrhagie latente. Le premier, un homme âgé de

28 ans, mourut subitement le 30e jour. L'autopsie montrait des gros caillots remplissant les deux tiers inférieurs de l'intestin grêle. L'autre mourut le 11e jour. La muqueuse de l'iléon contenait un liquide rouge, assez abondant et très visqueux. Quelquefois, après une hémorrhagie externe, le malade meurt les jours suivants, et l'autopsie montre qu'il y a eu plus tard une hémorrhagie latente (voir l'obs. II de Lallemand, Th. de Strasbourg, 1870).

FRÉQUENCE

Les faits basés sur l'examen d'un grand nombre de cas montrent que les hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde sont relativement rares. M. Jaccoud les estime de 5 à 6 fois sur 100 cas. Flint (de New-York) (1) les a vues dans 3 sur 73 cas. Brand trouve 271 cas sur 4890 malades; Holtdammer 380 sur 7831 cas, Griesinger 32 sur 600 cas. Leconte sur 8418 malades, donne 383 cas, soit une moyenne de 4 à 5 p. 100.

De 2000 cas dans les hôpitaux de Vienne (1855-57), il y avait 40 hémorrhagies, soit 2 pour 100. Ces nombres sont des cas communs. Chez les enfants, elles sont encore plus rares. Nous avons pris la moyenne de toutes les observations que nous avons pu consulter avec le résultat suivant :

Grisolle	1 sur 100
Smith	2 sur 46
Bouchard	1 sur 78
Thaon	1 sur 65
Savard	0 sur 150

(1) Practice of medicine. New-York, 1873.

Ces numéros donnent une moyenne de 1,1 cas d'entérorrhagie sur 100 cas de fièvre typhoïde chez l'enfant. La fréquence varie considérablement, suivant l'épidémie, ce qui rend compte des résultats divergents des différents auteurs.

Comparées avec d'autres hémorrhagies, nous trouvons sur 69 cas d'hémorrhagies diverses 56 d'hémorrhagie intestinale, 27 d'épistaxis et 5 d'hémoptysie, c'est-à-dire une prépondérance énorme des hémorrhagies intestinales.

CAUSES

Les causes de cette complication sont nombreuses. Nous les classons ainsi, et nous les discutons chacune à son tour.

CAUSES PRÉDISPOSANTES.	1. Génie épidémique. 2. Tendance constitutionnelle. 3. Etat du sang. 4. Vascularisation de la muqueuse. 5. Caractère du cas. 6. Age. 7. Sexe. 8. Saison. 9. Climat et pays.
CAUSES DÉTERMINANTES.	1. Congestion. 2. Ulcération. 3. Médication. 4. Bains froids. 5. Mouvements.

I. CAUSES PRÉDISPOSANTES.

1. *Génie épidémique.* — Comme nous l'avons déjà démontré il y a une différence de fréquence dans les différentes épidémies. Suivant Kennedey, l'épidémie de Dublin, en 1874,

était caractérisée par les entérorrhagies dans la majorité des cas et dans des quantités remarquables. Une épidémie à Saverne et une dans le Jura sont citées par Rochet comme caractérisées par les entérorrhagies nombreuses.

2. *Tendance constitutionnelle.* — Il y a des individus qui, sans être véritablement hémophiliques, ont des hémorrhagies facilement et à propos de rien. Les personnes qui dans leur jeunesse ont montré une facilité inaccoutumée pour les épistaxis y sont, suivant Mirza-Ali, prédisposées, à cause de l'excessive fragilité de leurs capillaires. Ces malades sont naturellement plus aptes que d'autres, s'ils sont frappés de la dothiénentérie, maladie qui elle-même prédispose aux hémorrhagies (voir les épistaxis, les extravasations et les infarctus dans les muscles, les poumons, la rate, les reins, etc.). Dans ces cas l'entérorrhagie, souvent, ne se montre pas seule. (Voir l'observation XXII de Leconte: hématurie, entérorrhagies, épistaxis, mélæna, purpura.)

Le même auteur cite aussi un cas chez une fille de 21 ans où il y avait hématémèse, épistaxis, entérorrhagie, hématurie, métrorrhagie, écoulement de sang par les yeux et les oreilles, suffusions sanguines. Malgré un collapsus et une faiblesse extrême, cette malade triompha.

Suivant quelques auteurs, les malades strumeux sont prédisposés aux hémorrhagies. Nous n'avons trouvé la confirmation de ceci nulle part.

3. *Etat du sang.* — Comme nous l'avons fait pressentir, l'état dyscrasique du sang ajouté aux lésions vasculaires déjà décrites est pour nous une cause prédisposante au plus haut degré. Ces deux états, ajoutés à une cause active, la

congestion opiniâtre dont l'intestin est déjà le siége, renferment en eux la grande partie de l'étiologie des hémorrhagies intestinales. Sans le concours de cette dernière action, les vaisseaux serviraient peut-être aux besoins d'une circulation calme. Pour Gueneau de Mussy, l'intervention de cet afflux violent contre les parois vasculaires, incapables de résistance, nécessite d'expliquer pourquoi les hémorrhagies de toutes les muqueuses ne sont pas beaucoup plus fréquentes. Le *leucocytose typhoïde* est pour Virchow une cause fréquente d'hémorrhagie. Si l'on ajoute à ces causes l'état des globules rouges difformes, crénelés, sortant facilement des limites circulatoires, l'augmentation de l'eau et la diminution de la fibrine, on est étonné que tous les typhiques ne meurent pas de pertes de sang.

4. *Vascularisation de la muqueuse intestinale.* — Cette muqueuse est en effet extrêmement vasculaire. Son étendue est augmentée par les valvules conniventes qui sont présentes dans toute la longueur de l'intestin grêle et dans chacun duquel viennent se ramifier plusieurs vaisseaux sanguins. Les villosités aussi, dont les quatre cinquièmes sont formées par des vaisseaux et qui, suivant Sappey, sont au nombre de dix millions, contiennent chacune une douzaine de ramuscules artériels et veineux. Ces faits rendent facilement compte des congestions faciles de la muqueuse intestinale.

5. *Caractère du cas.* — Si on admet l'action du système nerveux dans la production de cet accident, il doit plus fréquemment interrompre le cours des cas adynamiques. Ces cas sont caractérisés par une dépression de l'activité ner-

veuse. Cet état entraîne naturellement une dilatation paralytique des capillaires prédisposant aux congestions. hémorrhagies capillaires et eschares sur les parties déclives, Notre jeune malade de l'observation II était de cet ordre et montrait avec des symptômes adynamiques une hémorrhagie intestinale considérable (1 litre), des épistaxis, eschares et abcès sous-cutanés. Un tableau, par Leconte, montre sur 77 hémorrhagies de diverses espèces, 10 cas adynamiques notés. De ces 10 cas 9 étaient des entérorrhagies, presque toutes survenant pendant la 2e et la 3e semaine. D'où nous conclurons que l'*adynamie prédispose fortement* aux entérorrbagies pendant la période d'ulcération, lesquelles sont dues au manque de résistance des vaisseaux. De ces 9 cas, 5 furent suivis de mort, ce qui indique le mauvais augure qu'il faut tirer dans la majorité des cas. Il faut noter cependant qu'une amélioration rapide a suivi quelques-uns de ces cas. (Voir 2 des cas de Leconte et le cas personnel qui vient d'être cité.)

Les « mauvaises séries » de quelques observateurs peuvent peut-être être expliquées par le fait que les épidémies en question étaient caractérisées par la prépondérance des cas adynamiques. Celle de M. Jaccoud (1) avec le funeste résultat de 6 morts sur 6 cas était composée de malades, tous profondément adynamiques, chez lesquels les hémorrhagies étaient abondantes. M. G. de Mussy (2) croit que les hémorrhagies et surtout les gangrènes, « témoignent de l'atteinte profonde que la vie a subie et ajoutent encore à l'épuisement du malade ».

(1) Path. int., tome II, p. 817.
(2) Clinique médicale, 1884.

6. *Age.* — L'âge des malades a une influence considérable, suivant beaucoup d'auteurs. Cet accident, très rare dans le jeune âge, suivant eux, à cause du moins de profondeur des lésions intestinales, est plus fréquent chez les adultes. Cependant, nous considérons comme un peu exagérée l'opinion qui la considère comme à peu près impossible chez l'enfant. La fièvre typhoïde étant elle-même infiniment plus rare chez l'enfant, il n'est pas étonnant qu'on ait eu relativement peu d'exemples de cet accident. Notre tableau montre l'entérorrhagie au-dessous de 10 ans dans la proportion de 7,4 sur 100 cas aux âges divers. D'où il nous semble trop de dire que l'hémorrhagie intestinale est presque inconnue chez l'enfant. Chez le vieillard, la maladie et la complication sont également rares. Josias (1) considère toutes les complications de la dothiénentérie comme rares chez les personnes âgées. Néanmoins, Trousseau a vu l'entérorrhagie à l'âge de 64, Leudet à 59, et Mirza-Ali à 55 ans. Mais après 40 ans elle est rare. Nous n'en avons trouvé que 6 cas après cet âge sur 89 d'entérorrhagies.

Nous montrerons la fréquence de cette complication suivant l'âge dans le tableau suivant :

0 ans à 10 ans......	7.4	pour 100
10 — à 15 —......	7.4	—
15 — à 20 —......	17.6	—
20 — à 30 —......	47	—
30 — à 40 —......	12.9	—
40 — à 50 —......	2.3	—
50 — à 60 —......	3.5	—
60 — à 70 —......	1.1	—
70 — à 80 —......	0	

(1) Fièvre typhoïde chez les vieillards. Th. de Paris, 1881.

Ainsi nons tronvons l'hémorrhagie augmentant de l'enfance jusqu'à 30 ans. Le maximum est atteint entre 20 et 30 ans. Après 30 ans jnsqu'à la vieillesse, il y a diminntion.

Envisageant les choses sous un antre point de vue, nons trouvons que sur tous les cas de dothiénentérie chez l'enfant, il y en a 1,1 snr 100 qui ont l'entérorrhagie (voir p. 50 de notre thèse), et pour les adultes le nombre est de 2 à 5 0/0. Nous voyons que la différence n'est pas énorme, snrtont en considérant combien sont rares les ulcérations chez l'enfant.

7. *Sexe.* — Le sexe a-t-il quelque influence? Les hommes ont le triste privilège d'être plus fréquemment victimes d'une perforation intestinale, d'après le dire de quelques observateurs. Ils semblent aussi jouir du même droit, eu égard aux entérorrhagies. Nons trouvons sur 92 cas nne prépondérance extrêmement marquée, savoir 61 hommes et 31 femmes, c'est-à-dire deux tiers d'hommes sur nn tiers de femmes.

N'ayant trouvé aucune statistiqne sur ce sujet dans des travaux sur la fièvre typhoïde, nous sommes obligée de tirer nos conclusions de la nôtre. Peut-être les statistiques plus nombreuses montreraient-elles des résultats différents. En parlant de la fréquence des perforations chez l'homme, Ducassé (1) donne comme raison la violence de ses mouvements et l'inverse pour la rareté chez l'enfant. Nous ne pouvons pas accepter ce raisonnement ni pour la perforation, ni pour l'hémorrhagie. Pent-être la chlorose si fréquente chez la femme expliquera la moindre fréquence des entérorrhagies.

(1) De la péritonite par perforation intest. dans le cours de la fièvre typhoïde. Th. de Paris, 1883.

Eu égard à la question du sexe, nous avons eu la curiosité de chercher si l'état de grossesse, en augmentant sensiblement l'état de congestion de tous les organes abdominaux, n'a pas un effet prédisposant à l'apparition de cet accident. Les auteurs ne disent rien à ce propos. Nous n'avons pas réussi à trouver réunis dans le même cas les trois facteurs de la grossesse, de la fièvre typhoïde et de l'hémorrhagie intestinale. M. Savidan (1) rapporte 33 cas de fièvre typhoïde chez les femmes enceintes sans la production de cet accident. Baratte (Th. de Paris, 1882), sur 16 cas, n'en fait aucune mention, ni Duguyot (2) non plus. D'où nous pouvons conclure que la grossesse n'a aucun effet prédisposant à cette complication (3).

Souvent l'écoulement menstruel est très abondant ou montre une tendance congestive (G. de Mussy). Leconte a vu une fois la métrorrhagie. La facilité avec laquelle toute congestion de la région abdominale favorise ces désordres est bien connue, aussi bien que la fréquence des « épistaxis utérines » des premières périodes des fièvres signalée par Guhler.

8. *Saison.* — Les mois de septembre, octobre et novembre sont de beaucoup les plus chargés de la fièvre typhoïde. Octobre est celui qui compte le plus de malades, les mois de mars, avril et mai le moins. L'accident que nous étudions semble suivre de près le même ordre. Sur 79 cas, 29 sont survenus dans la saison chargée, avec 11 de ceux-ci en oc-

(1) Contrib. à l'étude de l'influence de la fièvre typh. sur la grossesse et réciproquement. Th. de Paris, 1883.

(2) Th. de Paris, 1879 Gros. compliquée de fièvre typhoïde.

(3) Dans la plupart des avortements dans ces cas, Liebermeister a vu des hemorrhagies utérines très graves.

tobre ; 11 étaient en mars, avril et mai. Août montre le grand nombre de 15 cas.

D'où nous conclurons que la *saison n'influence pas* directement l'entérorrhagie.

9. *Climat et pays.* — Le climat cependant a une influence marquée sur les entérorrhagies, de manière que la fréquence dans les différents pays varie beaucoup. Le médecin-major Jackson a fait une communication à la Société médicale de Dublin sur cette question : les changements très marqués exercés par le climat sur les progrés et les formes de la maladie. En Perse, ces hémorrhagies sont beaucoup plus rares et plus bénignes qu'en France (Mirza-Ali). Cet auteur est le seul qui cherche à expliquer ces choses. Il croit que la solution de cette question est dans le fait que les fonctions de la peau jouent un rôle capital. Il admet une sorte de balancement entre les fonctions cutanées et celles de la muqueuse intestinale. Si ce fait est vrai, les mois chauds d'été (juin, juillet, août) doivent montrer peu de cas. Nous ne pouvons admettre la justice de ceci, parce que sur 79 cas, 21 se sont produits pendant ces trois mois, c'est-à-dire à peu prés autant que dans les mois d'hiver. Une telle différence, même en admettant la plus grande fréquence des cas, de la maladie dans l'hiver, est trop. Cependant, il cite sur 2000 typhoïdes seulement 3 cas d'entérorrhagie, avec 3 guérisons. Peut-être, en cherchant dans les allures de la dothiénentérie dans les pays chauds, trouvera-t-on une autre explication à ceci dans le moins de gravité de l'atteinte. Les cas ci-dessus mentionnés étaient dans une grande épidémie avec symptômes cérébro-spinaux. Probablement le génie épidémique n'inclinait pas vers l'hémorrhagie. Pour des ré-

sultats plus précis sur ce point, les cas de nombreuses épidémies dans ces pays sont nécessaires.

Kennedey la croit beaucoup plus fréquente à Londres qu'en France ou en Amérique. Il cite, suivant Jenner, 4 cas d'entérorrhagie sur 3 de fièvre typhoïde. Si ceci est vrai, il y a une différence énorme. Nous ne trouvons pas d'explication pour cette prépondérance frappante à Londres. L'atmosphère humide, les brouillards, etc., de cette ville pourraient être invoqués, si on acceptait l'idée de Mirza-Ali. Les fonctions cutanées sont diminuées dans un tel milieu.

II. — Causes déterminantes.

1. *Congestion.* — Pour nous, c'est une cause très importante. Nous avons décrit assez longuement ci-dessus ce phénomène. Chomel et Gueneau de Mussy croient à son action la plus fréquente dans les entérorrhagies, et Kennedey a vu une épidémie accompagnée d'hémorrhagie, dans laquelle on ne trouva autre chose qu'une violente congestion intestinale.

2. *Ulcération.* — Celle-ci est regardée par beaucoup d'autorités comme la cause efficiente dans l'immense majorité des cas. Si on réfléchit combien les hémorrhagies intestinales sont peu fréquentes, on penchera volontiers vers une autre cause. Le grand nombre de cas où l'autopsie ne montre aucune lésion assez considérable pour admettre la possibilité d'une hémorrhagie aussi grande que celle qui a amené la mort, l'artérite et la thrombose qui accompagnent

(1) Th. de Paris. 1882.

si fréquemment l'ulcération, sont des arguments contre cette manière de voir. Dans les ulcérations très profondes, un grand vaisseau peut être ouvert et peut donner lieu à des hémorrhagies formidables, nous l'admettons, mais pas dans les ulcérations peu profondes qui sont si souvent la limite des lésions de continuité intestinale.

3. *Indication.* — Le salicylate de soude et l'acide salicylique ont été le sujet de beaucoup de reproches faits à cet égard. Liebermeister donne le salicylate de soude à des doses considérables, ainsi que MM. Vulpian et Oulmont. Oltramare a fait des expériences sur des animaux avec ce médicament et il a obtenu pour résultat constant une congestion intense des viscères abdominaux. M. Hallopeau conseille de ne pas le donner, le considérant comme responsable des effets locaux, entérorrhagies, hémoptysies et hémorrhagies cutanées. En lisant la thèse de Darène, nous avons été frappée par le fait que, dans la plupart de ses observations, la médication était celle de l'acide salicylique ou le salicylate de soude ou de bismuth, et que sur 9 de ses malades il y avait des hémorrhagies. M. Sée reproche cet accident au salicylate, mais M. Vulpian l'exonère complétement de cette responsabilité et ne le trouve pas plus fréquent dans ce traitement. Il faut ajouter qu'en France on ne porte pas les doses aussi hautes qu'en Allemagne, par exemple, où Geissler donne 4 et 5 grammes répétés souvent deux fois dans les vingt-quatre heures. De ce qui précède, il nous semble qu'employé avec modération, le salicylate n'augmente pas ou très peu les chances d'hémorrhagies intestinales.

Les *lavements* intempestifs peuvent facilement provoquer les hémorrhagies par leur action mécanique de distension.

Les *purgatifs* agissent d'une façon physiologique. Ils irritent la muqueuse en provoquant une sécrétion exagérée, catarrhale; ou par leur action dialytique (purgatifs salins, sucrés), ils déterminent l'exosmose du sérum du sang dans l'intestin; où ils déterminent les contractions musculaires de l'intestin (purgatifs musculaires, atropine, les strychnos); ou par leur action irritative sur les nerfs sensitifs, ils produisent une congestion par action réflexe (calomel, les drastiques). Les hémorrhagies ainsi produites peuvent être mortelles (Graves). Les *vomitifs* peuvent produire le même accident: Guinaud cite un cas où une entérorrhagie fut provoquée par l'absorption de 2 grammes d'ipéca.

A ceci, on peut ajouter l'emploi intempestif d'aliments, qui, frottant sur les jeunes vaisseaux, les déchirent. L'observation de Griesinger était due à cette dernière cause. Un enfant, dans une rechute, ayant mangé une grande quantité de poires vertes, succomba à une entérorrhagie considérable.

Les matières fécales agglomérées, dures, peuvent avoir le même effet. La constipation, rare dans cette affection, excepté chez les enfants, semble augmenter les chances de cet accident. Pour Murchison, 8 fois sur 60 il est précédé d'une constipation. Gueneau de Mussy dit aussi qu'elle y prédispose et peut le faire craindre.

4. *Bains froids*. — L'effet d'un bain froid est de refouler le sang de la périphérie vers les viscères. Riegel, Libermann, Raynaud, de Bordier, Wunderlich, eux-mêmes partisans de la méthode de Brand, admettent cela. Mais Glénard et Soulier essayent de prouver l'absence de congestion, la pâleur de l'iléon et le manque d'élévation de la température rectale d'un animal plongé dans un bain froid.

Représentez-vous une muqueuse facilement congestionnée en tout temps et, avec ce caractère, encore augmentée par le fait d'une maladie dont le siége est essentiellement l'intestin. Ajoutez à cela une dégénération des vaisseaux les rendant friables; des ulcérations de profondeur variable; les changements de sang qui les prédisposent aux hémorrhagies, et un système nerveux profondément touché.

Les bains froids ne doivent-ils pas, dans ce cas, être dangereux au point de vue de la perte du sang? Personne ne peut le nier. Incontestablement, la méthode de Brand accroît les entérorrhagies, quoique l'auteur lui-même affirme que toute fièvre typhoïde traitée par sa méthode sera exempte de complications.

Beaucoup de partisans les plus ardents des bains froids admettent ce danger. M. Raynand est contre cette admission et dit que les hémorrhagies les plus sérieuses résultent d'ulcération plutôt que de congestion. Nous n'admettons pas cette proposition sans réserves, mais, même en l'admettant, nous nous demandons avec M. de Mussy, si les vaisseaux voisins d'une ulcération, altérés comme ils le sont, dans leur structure, ne sont pas aptes à céder quand ils sont soumis au choc d'un refoulement centripète.

L'apparition de cet accident est pour la plupart des observateurs l'indication péremptoire de cesser les bains, mais M. Raynaud cite un cas avec entérorrhagie qui, refusant de céder aux autres hémostatiques, fut guéri par la méthode de Brand.

Galtier (1) ajoute aux effets du bain froid l'accroissement de toutes les sécrétions, ce qu'indiquent les éva-

(1) Th. de Montpellier, 1876.

cuations alvines, l'augmentation de l'urine et l'humidité de la houche; ce résultat est probablement l'effet de l'hyperhémie interne résultant de l'anémie périphérique. L'augmentation de la sécrétion intestinale montre une exagération de la circulation, ce qui est toujours dangereux pour les hémorrhagies.

Nous tâcherons de donner les résultats de quelques essais dans le traitement par cette méthode. Reinhardt (1851-68) a appliqué ce traitement à 1178 cas avec 57 entérorrhagies, chiffre pen éloigné de la moyenne. L'important travail de Wunderlich fils, montre 155 cas sur 253 traités de diverses manières. Sur ces 253 cas, 18 hémorrhagies (7,1 0/0). Et de ces 18 cas d'entérorrhagies, 16 étaient parmi les snjets traités par l'eau froide. Ces faits peuvent se passer de commentaires. Ajoutez que dans 6 de ces cas l'écoulement commençait immédiatement au sortir du hain ou quelques heures aprés. Galtier cite 24 cas dans sa thèse, avec 3 d'hémorrhagie. Libermann a vu un malade chez lequel une entérorrhagie cessa par la substitution de hains tièdes aux hains froids et qui recommença encore quelques jours aprés, à la suite d'un nouveau hain froid.

Schultze arrive an résultat suivant: Sur 237 cas, 22 entérorrhagies, soit 9,60/0, au lieu de 5,3 0/0 par les anciennes méthodes. Pour M. Peter, il les croit provoquées par les hains froids aussi hien que les syncopes, le collapsus et les congestions. M. Dumontpallier leur est favorahle et dit que la réfrigération méthodique, au lieu d'engendrer les congestions viscérales, les fait disparaître lorsqu'elles existent (1). Mais M. Dujardin-Beaumetz oppose à ces faits

(1) Progrès médical, 1883, p. 618.

expérimentaux sur cette question d'autres faits tout à fait opposés (1).

Les résultats de la comparaison de grands nombres de cas traités avec et sans bains montrent une différence moindre que celle de Reinhardt, Wunderlich et Schultze. Savoir ceux de Goltdammer : sur 5,636 bains froids, 240 entérorhagies (4,2 0/0) et sur 13,653 sans bains, 520 hémorrhagies (3,90/0).

Chez les enfants, moins disposés aux hémorrhagies intestinales, les résultats sont excellents. Cayla (2) donne l'histoire de 40 cas ainsi traités sans aucun accident de cette espèce, quoique les épistaxis furent très abondantes.

Observation XIII.

(Empruntée à la thèse de Leconte) (abrégée).

Fièvre typhoïde avec hémorrhagie intestinale. — Température élevée. — Bains froids. — Phlébite. — Guérison. (Hôpital Tenon, salle Saint-Vincent, n° 26, service de M. Sevestre.)

K. J., 28 ans, entre le 14 mars 1881. Il est à Paris depuis cinq mois. Depuis une quinzaine de jours il se sent faible. Céphalalgie, perte d'appétit, constipation. Il y a dix jours, il est pris de frissons intenses, de fièvre avec céphalalgie vive et grande faiblesse. Plusieurs épistaxis, éblouissements, etc.

Le 14. Le malade est prostré. Langue sale ; appétit nul ; ventre ballonné, sensible ; gargouillements. Rate sensible à la pression, peu développée. Fièvre intense. Pouls dicrote. Rien au cœur. Quelques taches rosées. Insomnie, pas de délire. Rien dans la poitrine. Urine normale.

Le 16. La fièvre persiste. T. au-dessus de 40°. La prostration

(1) Progrès méd. 1883.
(2) Th. de Montpellier, 1876.

augmentant, on donne un *bain froid*. La température, une heure après le bain, a baissé de 2°. Le soir T. 40,7.

Le 17. (Treizième jour). Après le troisième bain froid, *hémorrhagie intestinale abondante* (trois bassins pleins) avec chute de la température. Suppression des bains. T. du soir 39.1.

Le 25. Albumine dans l'urine. T. autour de 40°.

Pendant onze jours la température baisse, 38° à 39°.

Au trente-troisième jour, nouvelle élévation thermique. Phlébite de la veine poplitée.

Convalescence longue.

5. En rapport avec les bains sont les mouvements qu'ils exigent. Ceux-ci ajoutent aux dangers d'hémorrhagie parce qu'ils exigent la sortie du lit et le retour. Liebermeister donne ces mouvements comme cause plus directe que le bain en accentuant le nombre d'entérorrhagies avec la méthode de Brand.

Plusieurs cas sont cités où un mouvement brusque, un coup sur le ventre, un effort un peu violent ont été la cause d'une hémorrhagie. Saint-Aubin en cite un cas.

SYMPTOMES.

Le symptôme le plus fréquent et le plus frappant est l'apparence de sang dans les garde-robes, soit pur, soit colorant en noir les matières fécales. Mais ce signe n'est pas le seul, et il n'est pas invariablement présent.

Nous examinerons l'effet sur la *température* et sur le *pouls*. Ordinairement, à l'occasion d'une entérorrhagie, la *température baisse* brusquement. Si ce changement a lieu avec une élévation concomitante du pouls sans cause apparente, on peut diagnostiquer une hémorrhagie interne.

L'abaissement est de 2° à 3° (Griesinger), et est généralement suivi plus tard d'une élévation qui la ramène à la température précédente et même plus pour les hémorrhagies graves (Wunderlich). Si l'hémorrhagie est mortelle, la température diminue à mesure que le pouls s'accélère. D'après M. Jaccoud, dans les cas qui ne doivent pas être mortels la température est revenue à son niveau primitif, ou même plus, vingt-quatre heures après. Cette règle n'est pas absolue. Il y a des cas heureux où la température n'atteint jamais son niveau primitif, mais baisse progressivement pour revenir au chiffre normal.

Cet abaissement de la température est un guide fidèle dans le diagnostic des hémorrhagies sans écoulement extérieur. Si l'adynamie du malade n'est pas due à une hémorrhagie, mais à l'influence d'une complication pulmonaire, il y aura plutôt une élévation qu'un abaissement de la température.

Ces changements de la température en relation avec les entérorrhagies ne sont pas invariables cependant. Par exemple, nous citons l'observation VI, cas remarquable pour le peu d'effet de l'hémorrhagie sur la température et sur le pouls. Dans l'observation VII, la température n'est pas influencée non plus quoique le pouls ait continué à s'élever graduellement pendant plusieurs jours.

Le ballonnement du ventre, la douleur et le décubitus serviront dans le cas d'une perforation à la distinguer d'une hémorrhagie latente. Cet accident est rarement présent dans ces cas, quoiqu'il puisse le précéder d'un temps plus ou moins considérable. Nous trouvons dans 14 observations de perforation de cette maladie que, pas une fois, elle n'a été précédée par l'hémorrhagie (1). Dans un cas de péritonite

(1) Glindzicz. Th. de Paris, 1880. Perfor. intest.

sans perforation, il y avait du sang dans les selles. Nous reviendrons du reste sur cette question en traitant du pronostic.

Moore (1) cite l'observation suivante, dont nous donnons une traduction.

Observation XIV.

Fièvre typhoïde. — Entérorrhagies. — Température élevée. — Mort.

La malade, une jeune fille (21 ans), entrée le 21 octobre 1874. Sir Patrich Dunn's Hospital. La nuit de son entrée, la température était de 105 1/2° F. 40.9 (C.).

Il n'y avait point de taches. Suivant les renseignements donnés, elle avait été huit jours dans un état fébrile.

Le 13e jour. T. 104 F. (40 C.). Hémorrhagie intestinale très grande. Plus de 20 à 30 onces (650 à 950 grammes) de sang. Le matin suivant la température baissa de 5° F. (37.3). Elle s'élevait le matin suivant à 104 1/2 F. (40.5 C.).

19e jour. La température resta élevée jusqu'au dix-neuvième jour où elle baissa à 101° F. (38,4° C.) le soir. Pendant la nuit, une autre hémorrhagie moins abondante que la première se déclara.

La température remonta encore à 104° F. (40° C.) et, à ce moment-là, elle donna des signes d'une pneumonie.

Le jour précédant la mort, la température du matin était à 105° F. (40,6 C.) et le soir à 106° F. (41° C.). Quelques heures avant la mort, elle était à 108° F. 42,3 C.).

L'autopsie montra des ulcérations profondes de l'iléon, quelques-unes ayant deux pouces de diamètre. Près du cæcum il y avait une perforation qui, cependant, était post mortem et due aux manipulations.

Réflexions. — Ce cas nous semble frappant à trois points de vue : l'élévation extraordinaire de la température, les

(1) Dublin Journal of med. sc., 1874.

oscillations si marquées après l'hémorrhagie, et le manque d'éruption. L'abaissement de la température était en rapport avec la quantité de l'hémorrhagie, 5° pour l'hémorrhagie abondante et 3° pour la moins abondante. Pendant toute la marche de ce cas, il n'y eut pas une seule tache rosée lenticulaire.

Un *pouls* dur, fréquent accéléré associé à des battements du cœur violents constituent un syndrome menaçant, suivant Graves. La dureté montre que l'hémorrhagie n'a pas amené de détente. La petitesse montre un affaiblissement. Le dicrotisme est aussi un mauvais symptôme. Il précède fréquemment l'hémorrhagie et peut servir d'avertissement. Ce symptôme précède l'hémorrhagie dans l'observation XIII, et dans l'observation VI il persistait après l'hémorrhagie jusqu'à la mort.

Les *urines* donnent quelquefois les signes suivants : si c'est une hémorrhagie interne la quantité des matières solides et de l'urine augmente. L'uro-hématine dans les urines est due à l'absorption d'une partie du sang épanché (Rohin) (1). L'albuminurie après l'hémorrhagie est un phénomène fréquent (voir obs. VII et XIII).

Quand l'hémorrhagie se fait lentement et que le sang s'accumule dans l'intestin qui peut en receler des quantités énormes, le ballonnement progressif du ventre, la matité au lieu de la sonorité de l'abdomen à la percussion, la pâleur du visage et le refroidissement des extrémités sont des indices de ce qui se passe. Mais la palpation doit être faite soigneusement, en réfléchissant sur la possibilité d'une ulcération allant jusqu'au péritoine, qui est souvent altéré dans sa consistance. Quelquefois l'hémorrhagie est précédée ou accompa-

(1) Essai d'urologie clinique.

gnée par des coliques vives (voir l'obs. XI), mais souvent elle est produite sans que le malade en ait conscience. Une perte modérée qui ne dépasse pas la valvule iléo-cæcale peut être complètement inaperçue.

Observation XV.

(Empruntée à la thèse de Madet.)

Boëlle (Berthe), âgée de 21 ans, entrée le 28 décembre 1881, salle Sainte-Anne, nº 16, à la Charité, service de M. le professeur Hardy.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Habite Paris depuis quatre ans. Pas de maladies antérieures, ni fièvres éruptives ni autres. Pas d'hémorrhoïdes. Depuis trois semaines, cette malade est souffrante; inappétence; courbature générale; en même temps diarrhée intense survenue à la suite d'un purgatif et durant huit jours.

Cet état de malaise ne cédant pas à l'administration du purgatif, elle prend un vomitif qui n'amène aucune amélioration dans son état.

Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, diarrhée continuelle, fièvre, insomnie, céphalalgie, anéantissement, et, de plus, quelques épistaxis légères auxquelles elle n'attache pas garde, y étant, dit-elle, accoutumée.

L'affaiblissement augmentant en même temps que tous les autres symptômes s'accentuaient, elle se décide à entrer à l'hôpital où elle est reçue à la Charité, salle Sainte-Anne, lit nº 16, dans le service de M. le professeur Hardy, le 28 décembre 1881.

État actuel. — La malade est amaigrie, a un facies prostré, les yeux excavés, de la céphalalgie intense, des bourdonnements d'oreilles. Le ventre est légèrement ballonné. L'abdomen et le tronc sont couverts de plaques rosées lenticulaires.

Gargouillement très net dans la fosse iliaque droite qui est douloureuse.

Tube digestif. — La langue est humide, mais fortement saburrale; les lèvres sont sèches, mais ne sont pas, plus que les narines, couvertes de fuliginosités. Inappétence Pas de vomissement, diarrhée légère.

Voies respiratoires. — Toux fréquente, quinteuse; crachats muqueux, peu abondants; à l'auscultation, on entend des râles sibilants, nombreux, disséminés dans toute l'étendue de la poitrine.

Rate. - La percussion de la rate dénote une notable hypertrophie.

Foie. — Normal.

Cœur. — L'auscultation, pas plus que la percussion, ne dénote quelque chose d'anormal.

Urine. — Ne contient pas d'albumine, mais renferme une quantité notable d'indican, qu'on décèle facilement par les procédés chimiques connus. T. 39,2. P. 108.

Le matin à la visite même état; mais dans l'après-midi, la malade a trois hémorrhagies intestinales de 200 grammes environ chacune. Le sang est noir et liquide. Ces hémorrhagies se sont faites sans que la malade en ait eu conscience, c'est-à-dire sans symptômes prémonitoires, ni douleurs abdominales vives, ni refroidissement des extrémités; pas de pâleur de la face; rien en un mot qui ait annoncé le début, ni caractérisé la production de chaque hémorrhagie en dehors de l'écoulement sanguin.

La palpation du ventre, légèrement ballonné, n'est nullement douloureuse.

L'auscultation de la poitrine réveille une quantité considérable de râles sibilants et muqueux.

On prescrit : 1° Un lavement froid matin et soir; 2° applications de compresses froides sur le ventre; 3° potion avec extrait de quinquina 4 grammes, cognac 40 grammes.

Le 30. Même état. Le matin, au moment de la visite, la malade a eu une nouvelle hémorrhagie intestinale de 200 grammes

environ, exactement, au point de vue du sang évacué, analogue aux trois premières.

On suspend les lavements froids ; on continue les compresses et la potion tonique.

Le soir, à la contre-visite, nouvelle hémorrhagie intestinale survenant sans aucun prodrome. La malade est pâle, affaissée, dans un état de dépression considérable.

Application sur le ventre d'un sac de caoutchouc rempli de glace.

Le 31. Les hémorrhagies ne se sont pas reproduites, et la malade a eu deux selles diarrhéiques noirâtres.

Du côté de la poitrine, nous constatons, à la percussion, de la sonorité; à l'auscultation, des râles sibilants, muqueux, fins, disséminés dans les deux poumons.

Le pouls est petit, filiforme, difficile à percevoir.

Le soir, pas de nouvelle hémorrhagie; le ventre, encore légèrement ballonné, n'est nullement douloureux à la pression. Les taches rosées lenticulaires apparaissent; on cesse les applications de glace.

1er janvier 1882. Oppression légère, râles sibilants et muqueux dans toute la poitrine. Application d'un large vésicatoire au milieu du dos.

A l'intérieur : même traitement tonique.

Le 2. Même état; la malade, pourtant, est moins oppressée; ses crachats sont muqueux, aérés.

Le 3. Les râles sont de moins en moins nombreux dans la poitrine. Le ventre, toujours légèrement ballonné, est à peine sensible à la palpation.

Les taches rosées pâlissent de plus en plus et tendent à disparaître. La malade est toujours affaissée, mais se sent beaucoup mieux; elle réclame même à manger.

Du 3 au 8. Même état, en s'améliorant progressivement; les forces, épuisées, reviennent petit à petit. Rien de particulier à noter.

Le 9e jour les phénomènes thoraciques ont disparu; c'est à peine si l'on entend çà et là quelques râles sifflants. Pas de phénomènes abdominaux. Pâleur générale des téguments. La

fièvre est tombée depuis deux jours. Le pouls est moins fréquent, toujours petit, régulier, filiforme. La malade commence à s'alimenter ; la faiblesse diminue, et la malade demande même à se lever.

Sort guérie le 18 février 1882.

Quelquefois le seul symptôme est la coloration noire des garde-robes, qui peuvent aussi être d'une fétidité horrible. Cette coloration doit toujours éveiller les soupçons quoiqu'il y ait des cas où cela vient d'une hémoptysie ou d'une gastrorrhagie. Le cas probablement unique d'un malade ayant des vomissements et des selles noirâtres fétides, et chez qui, au lieu de la péritonite supposée, l'autopsie montrait une gangrène de l'iléon (1) est trop rare pour s'y arrêter en tirant un diagnostic.

PRONOSTIC

La question du pronostic est peut-être la plus importante et en même temps la plus diversement interprétée parmi toutes celles qui se rapportent à cette complication, tellement importante qu'elle a pu servir à établir un diagnostic qui était resté, jusqu'alors, dans le doute.

Jusqu'à Graves, le clinicien renommé de Dublin, toutes les autorités étaient d'accord pour prononcer l'hémorrhagie un symptôme de mauvais augure. Ce médecin fut le premier qui se prononça en sa faveur. Il fut suivi par Trousseau, le premier en France, croyons-nous, qui énonçât ce principe. Il dit à cet égard : « Les hémorrhagies intestinales dans la

(1) Gliodzicz. Th. de Paris, 1880.

fièvre typhoïde, loin d'avoir la gravité qu'on leur accorde, constituent le plus souvent un phénomène de favorable augure. C'est aussi la manière de voir de Graves. Lorsque je lus pour la première fois cette proposition dans les leçons cliniques du professeur de Dublin, étant encore sous l'empire des idées contraires dans lesquelles mon éducation médicale s'était faite, je fus d'abord étonné de voir un homme d'une aussi grande renommée en désaccord avec ce que je croyais savoir. Une pareille autorité me donna à réfléchir et, passant en revue les faits que j'avais observés moi-même je me rappelai des guérisons qui avaient eu lieu dans des cas où j'avais eu affaire à ces accidents. »

Mais par ce qu'il ajoute le savant clinicien ne croit pas à l'innocuité complète de toutes les entérorrhagies et ne va peut-être pas aussi loin qu'on lui en a fait le crédit à cet égard. Les grandes pertes répétées dans les fièvres putrides sont pour lui des complications toujours graves et souvent dangereuses.

Contre les vues optimistes de Trousseau et de Graves sont celles de Bretonneau, Chomel, Louis, Jenner, Bell, qui les regardent comme toujours dangereuses, aussi bien que Luton, qui les croit capables de compromettre la guérison même dans les cas très bénins par eux-mêmes (1).

On a tort d'essayer de formuler une proposition générale pour un symptôme qui peut se présenter sous des formes presque aussi nombreuses que la fièvre typhoïde elle-même. Nous croyons qu'une opinion moyenne entre les deux que nous avons déjà citées sera la plus juste. Il ne faut pas juger sur un petit nombre de faits qui ont la chance de constituer

(1) Dict. de méd. et de chir.

une série heureuse ou désastreuse, mais plutôt envisager les circonstances en général qui entourent ce phénomène. Par exemple la mauvaise série de M. Jaccoud, citée (p. 53), montre le pronostic qu'on doit porter dans les cas adynamiques. Il dit à ce propos : « Je récuse de toutes mes forces la théorie qui donne l'hémorrhagie intestinale comme un phénomène favorable et quasi critique (1). »

Chomel a également eu 7 morts sur 7 cas. Kennedy croit que la mort suit le quart des cas et se prononce pour la favorabilité presque constante de cet accident quand il survient dans la première période. Il considère l'entérorrhagie de la période d'ulcération comme une des complications des plus graves de cette maladie. Griesinger est de l'avis qu'environ un tiers des malades succombent. La proportion dans notre tableau est 43 morts sur 93 cas (46 0/0).

Les effets diffèrent suivant le temps de leur apparition. Les hémorrhagies de la première période ne sont pas rares. Dans ces cas elles sont dues à la congestion et il ne répugne pas à un esprit logique de décider qu'en diminuant cet état elles doivent être salutaires. En effet les résultats sont en faveur de ce point de vue. Dubuclet(2) cite 23 entérorrhagies dans les dix premiers jours avec seulement 3 décès. Cependant sur 89 cas nous avons trouvé 16 cas dans les dix premiers jours avec 9 morts. Nous avons cherché une explication à ceci et nous l'avons probablement trouvée dans le fait que dans 6 de ces cas l'hémorrhagie était grande (1 litre ou plus).

En opposition le tableau de Leconte montre 17 cas avec seulement 3 morts, résultat cependant inférieur à celui de

(1) Pathologie interne.
(2) Th. de Paris, 1872.

Dubuclet qui, sans contredit, trouvait une série heureuse. Potain croit au bon effet d'une hémorrhagie dans la première période, par une perte modérée de sang. Murchison considère les hémorrhagies peu considérables comme indifférentes.

Plus sérieuses sont celles qui viennent plus tard, dans la troisième et quatrième semaine. Ces pertes sont plus abondantes et sont plus fréquemment le résultat des ulcérations. Agissant sur une constitution déjà affaiblie par la fièvre et la diète elles sont moins favorables généralement. Il peut y avoir mort ou convalescence beaucoup retardée. Mais souvent, cependant, dans ces cas il y a une diminution des symptômes de congestion cérébrale et pulmonnaire, le malade sort du coma, la langue devient humide et s'il a encore de la force et que l'hémorrhagie n'ait pas été trop abondante, cette amélioration continue et semble établir la convalescence, comme dans un cas de M. Hallopeau. Mais si le malade est affaibli, cette amélioration n'est que passagère, et, ayant encore perdu de ses forces, il succombe ou traîne une convalescence difficile et lente. On peut dire en général qu'une hémorrhagie, après l'évolution complète d'une fièvre typhoïde, est à regretter et la mort est toujours à craindre à cette époque de la maladie, alors que le sang est altéré et diminué dans sa quantité.

Sur ces hémorrhagies tardives Dubuclet cite 22 morts sur 22 cas, Mirza-Ali, 5 sur 6. Nos statistiques montrent 8 morts sur 21 cas d'hémorrhagie tardive après la troisième semaine. Mais à notre avis ceux de la troisième semaine priment les autres en gravité. Murchison et Béhier sont aussi de cette opinion. Sur 34 cas nous avons trouvé 15 morts.

Les hémorrhagies de convalescence sont assez rares.

Hutinel a observé un cas mortel de ce genre (Th. d'agrégation, 1883).

Dans la fièvre typhoïde compliquée de malaria, M. Jaccoud dit que les hémorrhagies sont fortes et n'ont pas de mauvais effets, cependant, à ce propos, M. G. de Mussy cite un cas de mort. Alix (1) l'a vu 8 fois sur 28 cas de fièvre rémittente typhoïde avec seulement un mort.

Dans la fièvre typhoïde putride le pronostic est invariablement mauvais, à cause de la dissolution du sang et de l'état dans lequel le malade se trouve dans ces cas.

Nous avons déjà discuté l'effet favorable de l'adynamie pour l'apparition de cet accident. En général l'adynamie y prédispose (V. *Causes*, p. 53).

En général, Leconte (Th. de Paris, 1882) considère l'apparition d'une hémorrhagie comme favorable. Il cite à ce propos une petite épidémie à Londinières, où le seul cas de guérison était également le seul cas d'entérorrhagie.

En tirant des conclusions il faut se rappeler que tous les cas de mort précédés d'un certain temps par cet accident n'y sont pas attribuables, étant souvent dus à l'état de dissolution du sang, à la continuation d'une température élevée, à l'infection typhique ou à une autre complication. La température est aussi à considérer (Kennedy croit que cette complication est plus fréquente chez les strumeux). Un tempérament chétif, strumeux, anémique, chlorotique, débilité par des excès, des fatigues, la misère, sera plus profondément touché par une petite perte qu'un malade vigoureux ne le sera par une perte beaucoup plus considérable. Le pronostic est toujours aggravé par la présence des acci-

(1) Sur les hémorrh. intest., etc. Recueil de méd. milit., 1870.

dents concomitants d'hémorrhagies nasales, gingivales, urétbrale et cutanées. Les hémophiliques supportent mieux les pertes de sang que les autres, mais il y a toujours danger que celles-ci soient répétées tant qu'elles exposeront à l'anémie (Leconte). Dans un pays chaud elles sont favorables (Mirza-Ali). Cependant Alix cite seulement deux cas de la fièvre typhoïde simple, qu'il a vus en Afrique, où cet accident survenant, il perdait chaque fois son malade.

Nous avons déjà discuté la fréquence de l'entérorrhagie eu égard au *sexe*. Elle est *plus fréquente* chez l'homme. Chez lui, il y a aussi *plus de morts*. Sur 31 femmes de notre tableau il y avait 11 morts, tandis que sur 61 hommes il y ayait 30 morts. C'est-à-dire 35 0/0 de femmes meurent après l'hémorrhagie, et 49 0/0 d'hommes. Les femmes supportent mieux les hémorrhagies, peut-être parce qu'elles y sont plus habituées par le fait de leur menstruation. Il semble que chez elles le sang se reforme plus vite après une hémorrhagie.

De ce que nous avons présenté, il semble que la dothiénentérie est plus dangereuse pour l'homme que pour la femme (voir sa plus grande tendance aux perforations, aux hémorrhagies et à la mort après cet accident).

Dans les complications pulmonaires les hémorrhagies intestinales semblent bonnes en diminuant ces fâcheux phénomènes (voir l'obs. II). Dans les cas ataxiques, adynamiques, le danger est plus grand et cet état, tout en étant la cause de l'accident, est augmenté par ce fait.

La *température* donne souvent des signes pronostiques. Si l'hémorrhagie doit être favorable, elle ne revient pas à son niveau primitif, mais baisse continuellement, ou elle entre immédiatement dans la période des grandes oscillations qui précèdent la convalescence. M. Hallopeau, en 1877,

observait un cas où la défervescence suivant une hémorrhagie était définitive, l'évolution de la maladie était brusquement interrompue, et le malade passait sans période de transition à la convalescence. C'est le seul cas que nous ayons trouvé.

Le *pouls*. — Après une hémorrhagie, il y a ordinairement une légère accélération du pouls. Si elle ne persiste pas, cela n'entraîne pas un pronostic grave (Madet). Si elle persiste vingt-quatre à quarante-huit heures après l'hémorrhagie, le pronostic est mauvais ; ce qui est arrivé dans le cas observé par MM. Raymond et Dérignac. Si l'évolution de la maladie doit être favorable, il tombe peu de temps après l'hémorrhagie, comme dans l'observation III, où après la première hémorrhagie, il est tombé à 78, après l'élévation légère et temporaire de 96 à 100 par minute le soir du jour où l'accident avait lieu. Dans l'observation I, un pouls de 130 précédait la mort, et l'examen plus tard a montré une entérorrhagie inaperçue. Chez les enfants où le pouls est si facilement influencé ce symptôme a moins de valeur ; voir l'observation IX où le pouls étant très élevé (120 à 150) l'enfant a néanmoins guéri.

Un pouls *dicrote* précède quelquefois l'hémorrhagie. S'il persiste après l'hémorrhagie et est très dur, il y a danger (Graves). Dans l'observation VI, il y avait dicrotisme persistant après l'hémorrhagie, qui a duré jusqu'à la mort. Dans l'observation XIII, le dicrotisme a précédé l'accident.

Un *pouls très petit* est un signe d'affaiblissement; s'il continue à s'accélérer, aussi bien que la respiration, il faut porter un pronostic mauvais, et il y a beaucoup de chances pour qu'un état d'algidité termine la scène. S'il y a une diminution des symptômes cérébraux, si les idées sont plus nettes, les mouvements plus faciles, le ventre plus souple,

la guérison est presque certaine, si d'autres complications n'interviennent pas.

Le danger d'une *perforation* du péritoine après une hémorrhagie n'est pas très grand. Nous l'avons vue une fois (obs. V). Dans 14 cas de perforation par Glindzicz (1) ce phénomène n'est pas présent une fois (2), sur 10 cas que nous avons trouvés dans l'ouvrage de Murchison, il en parle seulement deux fois. Le manque de ce symptôme dans la perforation montre que l'ulcération profonde n'entraîne pas nécessairement l'entérorrhagie. Lallemand est le seul auteur qui croie qu'une hémorrhagie doive faire craindre une perforation. Il cite un cas de mort par cet accident le vingtième jour, avec une hémorrhagie précédente (1 litre au dixième jour). Il nous semble que les dates des deux phénomènes sont trop peu rapprochées pour en tirer la conclusion, qu'il y ait quelque connexion entre eux. On peut dire la même chose du cas de Sturges (3), où les deux accidents étaient séparés par le même intervalle (quelques flocons de sang le dixième jour ; mort par perforation le vingt et unième jour). D'après le dire de Byers (4), Murchison sur 60 cas de perforation a vu les symptômes de péritonite précédés onze fois par l'entérorrhagie.

Il semble que ces hémorrhagies soient un accompagnement assez fréquent de la *péritonite*. Buhl cite un cas

(1) Th. de Paris, 1880.

(2) Les perforations se voient plus souvent dans les cas où il y a peu de plaques altérées que dans ceux où il y en a beaucoup, comme si la lésion gagnait en profondeur ce qu'elle perd en étendue (Glindzicz).

(3) British med. Journal, 1882.

(4) Previous symptoms in perforation intest. in typhoid fever. British med. Journ., nov. 1882.

d'entérorrhagie mortel le vingt-troisième jour, après les symptômes d'une péritonite (G. de Mussy). Glindzicz cite un cas occasionné par un écart de régime, avec mort le lendemain de la perte sanguine. De Mussy donne les selles sanglantes comme accompagnant souvent les péritonites de la dothiénentérie. Leudet a vu l'hémorrhagie précéder un développement plus tard de péritonite purulente (1).

Le *pronostic*, suivant Kennedy, est *plus fatal* dans la clientèle privée que dans les hôpitaux, dans les villes que dans la campagne (Leconte). Ces résultats sont dus à une constitution plus robuste dans la classe ouvrière, à une meilleure hygiène et à un air plus pur dans les campagnes, que dans l'atmosphère viciée d'une salle d'hôpital. Mirza-Ali dit qu'en Perse, si une sueur suit l'hémorrhagie le malade guérit; sinon il succombe.

Dans plusieurs cas de guérison que nous avons cités, la convalescence a été interrompue par des complications variées (arthrite, péricardite, pleuro-pneumonie, phlébite, otorrhée, abcès sous-cutanés, etc.). Mais la convalescence de la dothiénentérie est si souvent caractérisée par des complications, qu'il sera difficile d'établir une connexion entre l'entérorrhagie et la complication qui la suit.

Mortalité. — Sur nos cas d'entérorrhagie, le chiffre de mortalité est 46 0/0 (43 morts sur 93 cas). Leconte donne 14 0/0 ; Jenner 1 sur 21 cas ; Jackson 11 sur 31 cas. Il existe une grande différence entre les résultats d'observations prises dans différentes épidémies.

On peut dire en général que le pronostic est pire dans les hémorrhagies tardives que précoces ; que la faiblesse et

(1) Arch. gén. de médecine, 1858.

l'adynamie sont les résultats fréquents de pertes de sang grandes et répétées ; que si le malade a des forces, une hémorrhagie modérée est le plus fréquemment de bon effet et diminue les symptômes cérébraux et pulmonaires. Les hémorrhagies tardives sont toujours à regretter, aussi bien que celles des formes putrides et ataxo-adynamiques, et celles qui sont associées aux autres hémorrhagies (épistaxis, etc.). Dans les premiers dix jours de la maladie, l'effet d'un entérorrhagie est généralement bon, si elle est modérée

En *résumé* les entérorrhagies de la fièvre typhoïde ne sont pas un symptôme si alarmant que le croient beaucoup d'anteurs. Mais néanmoins elles ne sont pas toujours une cause dont on puisse se féliciter. Ces propositions contraires sont la prenve de ce que nous avons essayé de démontrer ; qu'il y a d'autres éléments à considérer dans ces cas que le fait brutal d'une hémorrhagie. En outre, il faut ajouter que souvent elles ne sont d'aucune valeur pronostique.

TRAITEMENT.

Nous passerons rapidement en revue le traitement de ce symptôme qui mérite l'attention du médecin, quoique Graves ait conseillé de laisser aller et de s'abstenir de toute intervention.

Trousseau recommandait une potion d'eau de Rabel et de sirop de ratanhia, et, pour prévenir le retour de l'accident, du quinquina jaune dans une infusion de café noir. Notre maître, M. le professeur Hardy, conseille une vessie de glace sur le ventre en ayant soin d'interposer entre la vessie et l'abdomen un linge en flanelle, sous peine d'avoir des

eschares. Il ajoute des lavements consistant en un verre d'eau froide contenant 20 gouttes de perchlorure de fer, et en même temps une potion contenant 1 gramme d'extrait de ratanhia.

Les lavements froids suivant quelques autorités sont plutôt indiqués quand les hémorrhagies siègent dans le gros intestin. Autrement, peut-être, ils peuvent être nuisibles en réveillant les contractions de l'intestin et empêcher ainsi l'hémostase. M. le professeur Hardy les emploie toujours avec bons effets. Quand les hémostatiques échouent, on peut essayer l'application sur le rachis de l'eau très chaude, qui réussit si souvent dans les métrorrhagies. Le repos absolu est une des premières indications. L'alcool, le café et la teinture de cannelle trouvent aussi leur emploi. Dans les formes putrides le sulfate de quinine est indiqué. Les bains généraux, suivant Chedevergne, ont une heureuse influence et Liebermeister conseille particulièrement le vin et le punch chaud.

Dans les cas de collapsus, les injections d'éther sulfurique semblent aussi logiques. Nous ne les avons jamais vu employer. Boiteux (Th. de Paris, 1883) déclare qu'il n'a pas vu d'effets bien remarquables suivre cette méthode.

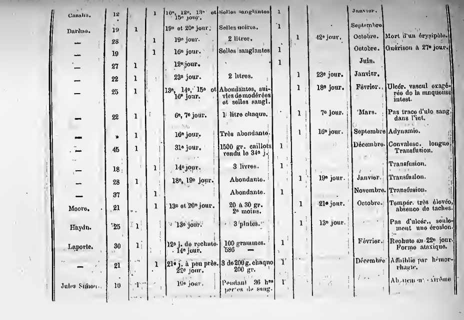
Nous voulons ajouter un mot sur l'emploi de la transfusion dans les cas désespérés. Elle est conseillée par Béchir, Millard et Darène. Darène donne les résultats de neuf essais. Dans trois, l'opération fut suivie de succès. Dans les autres il y eut une amélioration marquée, succédant à la transfusion et les malades succombaient par suite des autres complications. Le Dr Gibert (du Havre) cite aussi une guérison par ce moyen.

Tableau Statistique

AUTEURS.	AGE.	SEXE M.	SEXE F.	ÉPOQUE.	QUANTITÉ.	Guérison	Mort	ÉPOQUE de la mort.	SAISON.	INDICATIONS particulières.
Trousseau.	64		1	14e jour.	Hémorrhagie foudroyante.		1	7e jour.		
—	20		1	12e jour.	Un vase de nuit.	1			Octobre.	Suivie d'une amélioration notable.
—	27	1		13e, 24e, 26e jour.	Abondante.	1				La 2e hémorr. accompagnée d'épistaxis. Erupt. Ecthyma.
Murchison.	19	1		17e, 18e, 19e jour.	Profuses.		1	19e jour.	Août.	Perforation du péritoine.
—	13		1	26e jour.	4 hémorrhagies abondantes.		1	28e jour.	Septembre	Perforation du péritoine.
Thaon.	2 1/2		»	Pendant plus. jours.			1			?
Chédevergne.	19	1					1	5e jour.	Juin.	
—	19	1		12e, 13e, 14e jour.	100 à 150 gram. chaque.	1				Influence heureuse.
—	27	1			Un verre.		1	7e jour.	Août.	Hémorrhagie interne par suintement. Pas d'ulcération.
—	25	1		14e, 16e, 17e jour.		1			Août.	Pleuro-pneumonie.
—	24	1		20e à 24e jour.	1 litre, suivie par plusieurs de 300 gr. et moins.		1	27e jour.	»	Erysipèle.
—	27	1		5e jour (2 hém.).	1re abondante. 2e. un litre.		1	9e jour.	Août.	Mort due à afflux sanguin vers le cerveau avec épistaxis.
—	10	1		31e, 32e, 33e jour.	Légères.	1			Août.	Guérison au 40e jour.

Chédevergne.	18	1		9e, 13e, 16e jour.	1 litre, suivie de selles sangl.	1			Septembre	
—	23	1		12e, 13e jour.	Légère.	1			Avril.	Guérison au 15e jour.
Sonthey.	14		1	23e, 25e jour.	1er, petite. 2e, une pinte.		1		Novembre.	
Andral.	28	1					1	30e jour.		Hém. interne.
Madet.	30	1		12e et 14e jour de rechute.	1er, abondante. 2e, 500 gr.	1			Novembre	
—	21		1	8e et 10e jour (5 hémorrh.).	3 de 200 gr. 2 de 500 gr.	1			Janvier.	
Giraud.	13	1		12e, 13e jour.	Petite.		1	10e jour.	Décembre.	
Leconte.	26	1		12e jour (2 hém.) 13e jour (3 hém.)	1/2 et 1/4 litre. 3 de 60 gr.	1			Avril.	Amendement des symptômes.
—	23	1		13e jour.	3 bassins.	1			Mars.	Bains froids. Phlébite.
—	31	1		10e et 11e jour.	Modérée.	1			Avril.	
—	20		1	18e jour.	1 litre.	1			Mars.	Guérison rapide.
—	29		1	21e jour.		1			Décembre.	Cholécystite.
—	24		1	20e jour (5 hém.)	200 à 250 gram. chaque.		1	42e jour.	Octobre.	Albuminurie.
—	8	1		22e jour.	Effrayante.	1			Septembre	
—	11	1		22e, 23e, 24e jour.		1				Accidents nerveux et gastriques.
—	31	1		29e jour.	Légère.	1			Juin.	
—	30	1		16e jour à peu près.	Caillots dans les selles.	1			Novembre	Guérison rapide. Pneumonie.
—	50	1		14e jour.	Extrêmement abondantes et répétées.	1				Excès alcooliques, delirium tremens.

AUTEURS.	AGE.	SEXE.		ÉPOQUE.	QUANTITÉ.	Guérison	Mort.	ÉPOQUE de la mort.	SAISON.	INDICATIONS particulières.
		M.	F.							
Leconte.	45	1		14e jour.	Plusieurs.	1			Décembre.	Forme bénigne de la mal.
—	25	1		16e jour.	Un demi-bassin.		1	20e jour.	Mai.	Perforation int. due à écart de régime.
—	28		1	21e et 25e jour.	Melæna.		1	45e jour à peu près.	Avril.	
—	27	1		22e jour à peu près.		1			Octobre.	Epistaxis, hématurie, purpura.
—	22		1	Persiste du 30e à 35e jour.	Modérée.	1			Août.	Guérison retardée.
—	35	1		Premiers jours d'une rechute.	Petite.	1				Rechute au 45e jour.
—	24		1	36e jour.	Abondante.		1	47e jour.	Août.	Fièvre typhoïde à recrudescence. Méningite suppurée.
Rochet.	17	1		18e à 25e jour multiples.	Variées.		1	25e jour.	Novembre.	Délire furieux.
—	»	1		8e, 10e, 12e, 13e et 14e jour.	Selles sanglantes		1	59e jour.	Octobre.	Mort d'un érysipèle.
—	23	1		9e jour.	3 selles et du sang pur.		1	13e jour.	Novembre.	
Chauffard.	20		1	13e, 14e, 15e et 16e jour.	Très abondante.	1			Décembre.	Vomissements et élévation persistante de la temp. épigas.
Cazalis.	12		1	17e, 18e, 19e et 20e jour.	Grande.		1	20e jour.	Décembre.	
—	22		1	15e et 16e jour.	Selles sangl.	1			Août.	



Cazalis.	12		1	10e, 12e, 13e et 15e jour.	Selles sanglantes	1			Janvier.	
Darène.	19	1		19e et 20e jour.	Selles noires.	1			Septembre	
—	28		1	19e jour.	2 litres.		1	42e jour.	Octobre.	Mort d'un érysipèle.
—	19		1	16e jour.	Selles sanglantes	1			Octobre.	Guérison à 27e jour.
—	27	1		12e jour.		1			Juin.	
—	22	1		23e jour.	2 litres.		1	23e jour.	Janvier.	
—	25	1		13e, 14e, 15e et 16e jour.	Abondantes, suivies de modérées et selles sangl.		1	18e jour.	Février.	Ulcér. vascul exagérée de la muqueuse intest.
—	22	1		6e, 7e jour.	1 litre chaque.		1	7e jour.	Mars.	Pas trace d'ulc sang dans l'int.
—	»	1		16e jour.	Très abondante.		1	16e jour.	Septembre	Adynamie.
—	45	1		31e jour.	1500 gr. caillots rendu le 34e j.	1			Décembre.	Convalesc. longue. Transfusion.
—	18		1	14e jour.	3 livres.	1				Transfusion.
—	28	1		18e, 19e jour.	Abondante.		1	19e jour.	Janvier.	Transfusion.
—	37		1		Abondante.	1			Novembre.	Transfusion.
Moore.	21		1	13e et 20e jour.	20 à 30 gr. 2e moins.		1	21e jour.	Octobre.	Tempér. très élevée, absence de taches.
Haydn.	25	1		13e jour.	3 pintes.		1	13e jour.		Pas d'ulcér., seulement une érosion.
Laporte.	30	1		12e j. de rechute. 14e jour.	100 grammes. 586 —	1			Février.	Rechute au 22e jour. Forme ataxique.
—	21		1	21e j. à peu près. 22e jour.	3 de 200 g. chaque 200 gr.	1			Décembre	Affaiblie par hémorrhagie.
Jules Simon.	10	1		19e jour.	Pendant 36 hes pertes de sang.	1				Abattement extrême

AUTEURS.	AGE.	SEXE M.	SEXE F.	ÉPOQUE.	QUANTITÉ.	Guérison	Mort.	EPOQUE de la mort.	SAISON.	INDICATIONS particulières.
Jules Simon.	9		1	13e jour.	Vase de nuit.	1			Octobre.	Élévat. extrême du pouls. Convalesc. le 25e jour.
Bez.	3	1		6e à 10e jour.	Selles sanglantes.	1			Novembre.	
Leudet.	59	1		11e et 26e jour.	Médiocre.		1	2 mois après dernière hémorrhagie.	Août.	Péritonite purulente sans perforation. Adynamie.
Blanc.	19	1		20e, 22e jour.		1				
Mirza-Ali.	21	1		6e semaine.	500 grammes		1	12e jour.	Août.	Adynamie.
—	22	1		15e jour.	Assez intense.	1			Août.	Sueurs abondantes.
—	20	1		5e, 6e, 7e et 8e jour.			1	15e jour.	Août.	
—	34	1		31e, 35e jour.	Sang pur.	1			Octobre.	Pas forme grave.
—	37		1	5e j. d'une rech.	1/2 litre.	1.			Juin.	
—	29	1		13e et 14e jour.	Selles sanglantes	I			Août.	Épistaxis abondantes.
—	55		1	26e jour.	—	1			Septembre	
—	34	1		31e, 35e jour.	Abondante.	1			Octobre.	
Raymond et Dérignac.	»	1		11e jour de rechute.	Modérée.		1	18e jour.	Novembre.	Un jeune homme débilité par excès.
Parrot.	3				3 verres.		1			Foudroyante.
Sabourin.	29	1		23e à peu près.	Très abondante.		1	27e jour.	Avril.	Atrophie aiguë du foie.
Carville.	30	1		13e jour.	Selles sanglantes		1	19e jour.	Mai.	Mort de perforation.

Lallemand.	24		1	16e et 27e jour.	2 litres chaque.	1			Octobre.	Temp. reste à 40° pour 4 jours après.
—	25	1		10e, 11e, 12e jour.	1 litre.		1	20e jour.	Novembre	Perforation intestinale.
—	31	1		13e jour.	Assez forte.		1	14e jour.	Décembre.	
Galtier.	30		1	18e, 20e, 23e jour.	Beaucoup.		1	26e jour.	Juillet.	Syphilis. Bains froids. Suite d'écart de régime.
—	26		1	24e jour.	Caillots noirs.	1			Septembre	Imprudence de régime.
—	15	1		20e jour.	Diarrhée sangl.	1			Juillet.	Idem.
Malherbe.	22	1		1re semaine.	Selles sanglantes		1	38e jour.	Août.	
Sturges.	39	1		11e jour.	Peu.		1	21e jour.		
Bouchut.	15		1	18e, 19e, 25e jour.	Selles sanglantes	1				Attaque hystériforme le 13e jour. Epistaxis nombreuses. Anémie.
Lowry. Obs. I.	24		1	22e jour (3 hém.). 29e jour.	1500 grammes.		1	29e jour.	Février.	Méningite.
— Obs. II.	16	1		22e jour.	1200 grammes.	1			Novembre.	Adynamie. Amélioration après l'ext.
— Obs. III.	24			20e, 24e, 43e jour.	1er, 1700 gramm. 2e, 500 grammes. 3e, selles sangl.	1			Janvier.	Endopéricardite. Rhumatisme aigu à la fin.
— Obs. IV.	19		1	14e jour.	Modérée.	1			Novembre.	Rechute. Hémor. favorable.
— Obs. V.	27	1		8e, 10e jour.	Selles sanglantes		1	14e jour.	Février.	Perforation.
— Obs. VI.	17	1		12e jour.	Très abondante.		1	31e jour.	Mars.	Elévation thermique marquée.
— Obs. VII.	27	1		15e jour.	Abondante.	1			Février.	

CONCLUSIONS.

Après l'analyse précédente, nous croyons que les conclusions suivantes seront légitimes :

1° La *fréquence* des hémorrhagies intestinales varie avec l'épidémie. La moyenne est de 2 à 5 0/0 chez les adultes, de 1.1 0/0 chez les enfants.

2° Comparée aux autres hémorrhagies de la fièvre typhoïde, l'entérorrhagie est de beaucoup la forme la plus fréquente.

3° Les principales *causes prédisposantes* sont la tendance constitutionnelle, le génie épidémique, l'âge, l'état du sang, la vascularisation de la muqueuse intestinale et l'adynamie.

4° Cette hémorrhagie est moins fréquente dans l'enfance et dans la vieillesse qu'entre l'âge de 20 à 30 ans.

5° Elle est plus fréquente chez les *hommes* que chez les *femmes*. La proportion est de 66.6 0/0 d'hommes sur 33.3 0/0 de femmes.

6° La *saison* et le *climat* ont peu d'influence : le *pays* en a dans une certaine mesure.

7° Les *causes déterminantes* les plus actives sont la congestion, l'ulcération et les bains froids. Les lavements, les vomitifs et un régime mal approprié peuvent être des causes actives.

8° Généralement après une hémorrhagie intestinale, la *température abaisse* et le *pouls monte*.

9° Une amélioration au moins passagère suit l'hémorrhagie. L'état mental est mieux dans les heures qui la suivent.

10° La *valeur pronostique* d'entérorrhagies dépend des circonstances particulières, de leur quantité, de l'époque, des causes, des formes de la maladie, etc.

11° Le pronostic est *favorable* si les phénomènes congestifs diminuent après l'accident, si le pouls ne s'élève pas trop et reste élevé peu de temps et si le malade se sent mieux. Dans les hémorrhagies modérées des dix premiers jours l'effet est nul ou bon, généralement ces hémorrhagies sont *indifférentes*. Plus tard, les hémorrhagies, même petites, ajoutent à l'affaiblissement du malade.

12° Le pronostic est *mauvais* si l'hémorrhagie est grande, si elle a lieu chez un individu affaibli, si elle est associée aux autres hémorrhagies ou si elle se répète coup sur coup. Dans le dernier cas, il y a un état morbide du sang et des vaisseaux et un empoisonnement typhique intense. Les hémorrhagies tardives, en agissant sur un système débilité, sont en général de mauvais effet.

Le pronostic est mauvais si la température ne baisse pas et si l'élévation du pouls arrive au delà de 115 à 120 et y reste plus de vingt-quatre à quarante-huit heures.

13° Une *perforation* du péritoine après une hémorrhagie est possible, mais rare.

14° Les hémorrhagies intestinales sont *plus fatales* chez les *hommes* que chez les femmes.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et Histologie normales. — Les artères de la tête. La muqueuse intestinale.

Physiologie. — De la bile et du suc pancréatique.

Pathologie externe. — Des plaies de l'intestin et leur traitement.

Pathologie interne. — De la rougeole. Les anémies et leur traitement.

Pathologie générale. — De l'influence de l'âge dans les maladies.

Anatomie pathologique. — Des abcès en général.

Médecine opératoire — Du cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Pharmacologie. — De l'éther employé pour la préparation des teintures éthérées. Comment prépare-t-on celles-ci? Quelles sont celles qui sont les plus employées? Comment prépare-t-on les teintures alcooliques?

Thérapeutique. — De la médication altérante et de ses agents. De l'ipéca, et son emploi.

Hygiène. — De l'hygiène du nouveau-né.

Médecine légale. — Qu'est-ce qu'un antidote ? A quelle époque de l'empoisonnement doit-on l'administrer?

Accouchements. — Forceps. De l'évolution spontanée.

Vu, le président de la thèse.
HARDY.

Vu, bon et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.